ALKOHOL, DRUGS...
EN HET GEZIN

referatenboek 18-11-88

Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen
Papenvest,78 1000 Brussel 02/511.08.51

VAD

VAD

VERENIGING VOOR ALCOHOL- EN ANDERE DRUGPROBLEMEN V.Z.W.
studie preventie behandeling

Papenvest 78
1000 Brussel

Tel. : 02/511.08.51

"ALCOHOL, DRUGS, ... EN HET GEZIN"

zaterdag 19 november 1988

Casino - Gent

REFERATENBOEK

Inhoud

Programma 1

Woord Vooraf 4
S. Ansoms

Toespraak Minister 4
J. Lenssens

Vrouw en Middelenmisbruik: een multifaktorieel gegeven 5
J. De Belder

Kinderen van Alcoholisten: een literatuurstudie 14
C. Coolen-Perednia

Jonge Druggebruikers in het Gezin 38
W. Meyvis

Preventie van Alcohol- en andere Drugproblemen 42
M. Geirnaert

Zelfhulp en Verslaving 51
L. Jordens

Preventie: Vormingsprogramma voor ouders van adolescenten rond alcohol- en drugpreventie 81
L. Wouters

Preventie: Preventie rond alcohol- en medicatiemisbruik door de eerstelijnsgezondheidszorg 99
A. De Decker, M. Tack, W. Vermeiren

Gezinstherapie: Familievariabelen en overmatig alcoholgebruik 109
P. Van Oost

Gezinstherapie met verslaafde adolescenten en hun gezin van herkomst binnen een intramurale setting 115
B. Hillen

Gezinstherapie: Praktijkervaringen 122
B. De Maeseneer

Gezinstherapie: Echtpaartherapie bij mensen met alcoholmisbruik 129
L. Taccoen

Programma

9.30 u onthaal

10.00 u "Alcohol, drugs, ... en het gezin"
Algemene situering van de problematiek

dr. Stan Ansoms
voorzitter V.A.D.

10.15 u "Aandacht voor de problematiek van verslaving en gezin vanuit een globaal preventiebeleid"

Jan Lenssens
gemeenschapsminister van Welzijn, Gezin en Volksgezondheid

10.30 u "Vrouw en middelenmisbruik"
- Maatschappelijke en psychologische factoren die relevant zijn voor het toenemend misbruik van medicatie en alcohol door vrouwen
- De vrouw als partner van de man met alcoholproblemen

Jeanine De Belder
lic. klinische psychologie en systeemtherapeute,
C.A.T., Gent

10.55 u "Kinderen van alcoholisten"
Ervaringen en gevolgen van het opgroeien in een gezin met een alcoholprobleem :
- een psychopedagogisch perspectief
- stand van onderzoek

Claire Coolen-Perednia
Lic. pedagogische wetenschappen, orthopedagoge in het psychotherapeutisch en orthopedagogisch centrum voor adolescenten van de Kliniek Broeders Alexianen, Tienen

11.20 u koffie

11.40 u "Jonge druggebruikers in het gezin"
- Wederzijdse beïnvloeding tussen druggebruiker en gezin
- Interactie tussen gezin en buitenwereld (familie, buurt, ...)

Wim Meyvis
Maatschappelijk werker en systeemtherapeut, verantwoordelijke voor opnames en familiebegeleiding in ADIC (Antwerps DrugInterventieCentrum), Antwerpen

12.05 u "Gezin en preventie"

De rol van de ouders bij de preventie van alcohol- en andere drugproblemen :
- de omgang met alcohol, medicatie en andere drugs in het gezin, bespreekbaar stellen van druggebruik ;
- reacties op experimenteel druggebruik van de kinderen ;
- ondersteuning van educatieve preventieprogramma's op de school

Marijs Geirnaert
Leerkracht, postgraduaat in gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, stafmedewerker V.A.D., coördinator preventie-project

12.30 u middagmaal

14.00 u KEUZE UIT DRIE PARALLELLE SESSIES VOLGENS INSCHRIJVING

sessie 1 : VERSLAVING EN ZELFHULP : zelfhulp helpt !

Algemene leiding : dr. S. Ansoms, voorzitter VAD

"Ontstaan en evolutie van de zelfhulpbeweging in Vlaanderen : overzicht van de bestaande groepen en hun werking"

Lieve Jordens
maatschappelijk assistente, C.A.D., Hasselt

Gelegenheid tot het stellen van informatieve vragen

Bespreking in kleine groepen

sessie 2 : PREVENTIE VAN ALCOHOL- EN DRUGPROBLEMEN VIA HET GEZIN

Algemene leiding : team van preventiewerkers van het preventieproject voor alcohol- en andere drugproblemen in de Vlaamse gemeenschap

"De ouderrol bij preventieprogramma's rond genotsmiddelen bij jongeren"
Mia De Bock, Marijs Geirnaert, Hilde Vanhuele, Luc Wouters

"De rol van eerstelijnshulpverleners in de vroege signalering van misbruik in gezinssituaties"
Agnes De Decker, Rudi Peeters, Marc Tack, Walter Vermeiren

Gelegenheid tot het stellen van informatieve vragen

Discussie

sessie 3 : GEZINSTHERAPIE BIJ VERSLAVINGSPROBLEMATIEK

Inleiding
Prof. dr. P. Van Oost
R.U. Gent, Faculteit Psychologische en Pedagogische Wetenschappen

"Begeleiding van jonge verslaafden en van hun gezin van herkomst binnen een intramurale setting"
Bert Hillen
U.P.C. Sint-Kamillus, Bierbeek

"Werken met families : enkele probleemaspecten"
Bea De Maeseneer
De Sleutel, Antwerpen

"Echtpaartherapie bij alcoholisten"
Luc Taccoen
Kliniek Broeders Alexianen, Tienen

Gelegenheid tot het stellen van informatieve vragen

Discussie

16.30 u einde

WOORD VOORAF

Met deze studiedag werd de jaarlijkse preventieweek tegen middelenmisbruik afgesloten. Het is zinvol in het kader hiervan even stil te staan bij enkele cijfergegevens.
Alcohol blijft onze belangrijkste drug. In 1985 verbruikte men in België per hoofd van de bevolking gemiddeld 10,5 liter alcohol aan 100 % (Productschap voor Gedistilleerde Dranken, Nederland, 1986). Hiermee staan wij op de wereldranglijst op de negende plaats. Met de Ledermannformule kan men verder berekenen dat er in België zowat 300.000 excessieve drinkers zouden zijn.
Er zijn ook cijfers beschikbaar over het gebruik van kalmeermiddelen, slaapmiddelen, pijnstillers, ... Balter e.a. (1984) deden een enquête betreffende het gebruik van kalmeermiddelen in de U.S.A. en 10 West-Europese landen. Hieruit bleek dat bij ons 17,6 % van de volwassenen (boven de 18 jaar) gedurende het voorafgaande jaar kalmeermiddelen gebruikt had en dat 33 % onder hen (zijnde 5,8 % van de bevolking) gedurende meer dan één jaar dagelijks dergelijke hulpmiddelen gebruikte. Hiermee prijken wij met ruime voorsprong op een bedenkelijke eerste plaats. Zijn de Belgen overspannen of emotioneel zo kwestbaar ?

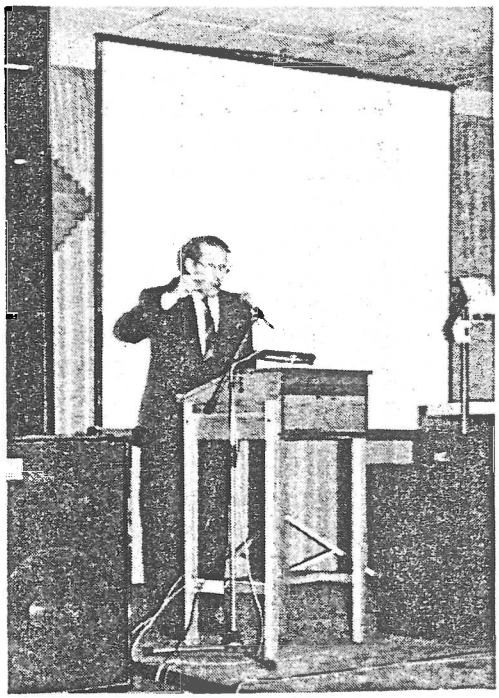
Wat illegale drugs betreft, zitten wij blijkbaar nog vrij gunstig. Dat blijkt uit vergelijking met de omliggende landen. Hier hebben wij vooral behoefte aan meer relevante cijfergegevens.

De negatieve weerslag van middelenmisbruik is enorm groot, en laat zich op velerlei vlak voelen : gezondheid, economie, psychosociaal welzijn , ... Vooral binnen de gezinssituatie worden de gevolgen schrijnend aangevoeld. Niet alleen moeten hulpverleners meer alert zijn voor de relationele consequenties (ouders, kinderen, partners, ...), maar vooral preventief kan er op gezinsniveau heel wat gerealiseerd worden.
Deze studiedag was dan ook gericht naar de vele betrokkenen : professionele hulpverleners, zelfhulpgroepen, preventiewerkers in de brede zin. Het betekende meteen ook de start voor enkele nieuwe initiatieven in het kader van het Preventieproject binnen de Vlaamse Gemeenschap, dat nog eens uitvoerig toegelicht werd door Minister Jan Lenssens.

Stan ANSOMS,
voorzitter VAD

TOESPRAAK VAN MINISTER J. LENSSENS

Minister Lenssens benadrukte de belangrijke rol die V.A.D. in het verleden gespeeld heeft en ook vandaag nog steeds speelt op het terrein van studie, preventie en hulpverlening bij alcohol- en andere drugproblemen. Hierbij verwees hij onder meer naar de belangrijke bijdrage van V.A.D. in het tot stand komen van de Richtnota "Drugpreventie en Hulpverlening" van februari 1987. Als onmiddellijke concretisatie van de besluitvorming terzake werd het preventieproject voor alcohol- en andere drugproblemen in de Vlaamse Gemeenschap opgezet. Zowel de lokale en regionale werking van de elf preventiewerkers die vanuit een aantal Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg het gehele Vlaamse landsgedeelte bestrijken als de centrale coördinatie vanuit V.A.D. zijn belangrijke pijlers in de uitbouw van een gecoördineerd preventiebeleid. Tevens wees de Minister op de noodzaak om een juist en volledig beeld te krijgen van de alcohol- en andere drugproblematiek in Vlaanderen en drukte hij zijn verwachting uit dat hieraan binnen het preventieproject een substantiële bijdrage geleverd zal worden. Ook toonde de Minister zich zeer tevreden met het thema "gezin" voor deze studiedag.



Minister Lenssens.

VROUW EN MIDDELENMISBRUIK: EEN MULTIFAKTORIEEL GEGEVEN.

J. De Belder.

I. VROUW EN ALKOHOLMISBRUIK.

De vrouw en alkoholmisbruik staat de laatste tijd meer en meer in de belangstelling. Als we grasduinen in de veelheid van literatuur omtrent alkoholmisbruik merken we weliswaar een toenemende interesse sinds ongeveer een tiental jaar, maar zien we ook dat er eigenlijk weinig specifieke literatuur bestaat en weinig wetenschappelijk onderzoek gebeurd is met betrekking tot de vrouw in vergelijking met het geheel.

Statistieken maken steeds gewag van een stijging van het vrouwelijk alkoholmisbruik. Toch moeten we deze gegevens met voorzichtigheid behandelen: misschien gaat het hier niet zozeer of louter om een toename van het aantal vrouwelijke misbruikers als wel om een grotere zichtbaarheid ervan. Dit zou dan te maken hebben met de veranderde maatschappelijke positie van de vrouw. Bovendien moeten we er rekening mee houden dat we slechts uitspraken kunnen doen over die vrouwen die zich aanmelden in de hulpverlening. We hebben er het raden naar hoeveel vrouwen nog buiten dit circuit te kampen hebben met middelenmisbruik en dit geldt evenzeer voor alkohol als psychofarmaka.

Als we het hebben over misbruik van alkohol dan gaat het over omgangsgedrag ten aanzien van een gezondheidsriskant produkt, omgangsgedrag dat zich uitstrekt op een kontinuum gaande van niet-gebruiken tot verslaafd gebruik. Misbruik refereert naar excessief drinken of verslaafd drinken.

Vrouwelijke alkoholmisbruikers vormen - net zoals de mannelijke - een heterogene groep. Het trachten uittekenen van "de" alkoholische persoonlijkheid vanuit een monokausaal lineair model is fundamenteel onjuist. We denken hierbij bijvoorbeeld aan de dieptepsychologische "dependency-theory" en de "sex-roltheorieën" die we onder andere terugvinden bij Wilsnack en Parker.

Alkoholmisbruik wordt multifaktorieel bepaald. Ik zal trachten voor u een aantal faktoren te schetsen die in de literatuur, het wetenschappelijk onderzoek en de praktijk relevant blijken te zijn voor vrouwelijke abusus.

Laten we beginnen met de maatschappelijke faktoren, immers deze zijn binnen een bepaalde socio-kulturele kontekst grosso modo voor alle vrouwen gelijk. De emancipatiegolf van eind jaren '60 - begin jaren '70 heeft onder andere tot gevolg gehad dat op termijn meer en meer vrouwen kozen om buitenshuis te gaan werken en een professionele loopbaan uit te bouwen. Traditionele vrouwelijke normen evolueerden naar een meer hedendaagse versie, waarbij traditionele mannelijke waarden zoals bijvoorbeeld sukses, prestatie, konkurrentie,... ook in toenemende mate voor vrouwen als ideaal gezien werden.

We merken echter dat het merendeel van de vrouwen momenteel willens nillens een dubbele taak te vervullen heeft: de baan buitenshuis en de huishouding binnenshuis. Dikwijls is het een voortdurend afwegen van belangen en prioriteiten. Baan en gezin zijn bovendien twee zeer verschillende terreinen met totaal andere normen en waarden. De dubbele rol is dan ook vaak een bron van onvrede, stress en chronische spanning.

De huisvrouw daarentegen heeft het vaak lastig met haar financieel afhankelijke situatie en haar kleine leefwereld van huishouden en kinderen,... die kan ervaren worden als weinig ontplooiingsmogelijkheden biedend.

Beide groepen kijken nogal eens afgunstig naar elkaars situatie, maar hebben met elkaar gemeen dat ze zich regelmatig afvragen of ze wel de juiste keuze gemaakt hebben.

In onze maatschappij wordt drinken beschouwd als een vooral mannelijk gedrag. Wanneer echter de rollen evolueren, merken we ook een evolutie in de verhouding

ten aanzien van alkohol: in onze maatschappij kijkt niemand meer raar op als een vrouw alkohol gebruikt. Dronkenschap bij vrouwen wordt echter veel minder getolereerd dan bij mannen en dit waardeoordeel treffen we zowel bij mannen als bij vrouwen aan. In gesprekken met vrouwelijke misbruikers hoor je dan ook dikwijls dat ze een alkoholprobleem bij een man zeker niet goedkeuren, maar eerder vergoelijken dan bij zichzelf omdat ze vrouw zijn. Een alkoholprobleem lijkt vooral overenigbaar met de moederrol! Het is evident dat deze waardeoordelen het veel moeilijker maken voor een vrouw om met haar probleem naar buiten te komen, wat dan weer reperkussies heeft naar de behandeling toe; maar hierover later meer.
We vinden trouwens een parallel op het vlak van seksualiteit waar de geëvolueerde normen ten aanzien van vrouwen verwachten dat zij meer initiatief nemen en vrijen aktiever beleven (in plaats van te ondergaan zoals vroeger), maar waar vrouwen o zo moeten oppassen om niet als promiscu bekeken te worden.

De belangstelling voor familievariabelen bij de etiologie van alkoholmisbruik is de laatste tijd sterk gegroeid met een overwicht op de erfelijkheidsfaktoren. We vinden minder studies over de omgevingsfaktoren, waarover we het nu eerst gaan hebben.

Men gebruikt de term "familiedrinkgeschiedenis" om te verwijzen naar de aanwezigheid van alkoholmisbruik bij andere familieleden dan zichzelf. De familie kent dus (in dit geval) reeds een geschiedenis van alkoholmisbruik. Alkoholmisbruiksters hebben frekwenter alkoholische verwanten dan niet-alkoholmisbruiksters. Het procentueel voorkomen van een familiedrinkgeschiedenis blijkt hoger te liggen in de familie van vrouwelijke excessieve drinkers, althans volgens sommige bronnen. Andere maken gewag van een verhoogd risiko voor psychosociale problemen bij de kinderen van alkoholici waarbij het risiko groter zou zijn voor mannen en voor de kinderen van alkoholische moeders dan voor vrouwen en de kinderen van alkoholische vaders. De risiko's die verbonden worden aan het parentaal alkoholisme zijn zeker niet onafwendbaar, maar kunnen opgevangen worden door bepaalde konstitutionele eigenschappen van het kind en door bepaalde eigenschappen van de vroege verzorgende omgeving.

Gezien de risikowaarde van het voorkomen van familiaal alkoholmisbruik, lijkt een onderzoek van de familiedrinkgeschiedenis ons zeer relevant om zicht te krijgen op de (pathologische) familiebanden en gezinsregels en ze alzo trachten te identificeren en te doorbreken.

Wolin en Bennett gaan ervan uit dat alkoholmisbruik een belangrijke invloed kan hebben op de gezinsorganisatie. Niet alle gezinnen ondergaan de gevolgen van het alkoholmisbruik op dezelfde manier. Dit heeft volgens hen te maken met de mate waarin de gezinsrituelen rond etenstijd en vakantieperiodes verstoord zijn door het alkoholmisbruik. Zo onderscheiden ze "verstoorde" (subsumptieve) versus "intakt gebleven" (distinctieve) rituelen. Gezinnen met verstoorde rituelen vertonen een signifikant grotere intergenerationele kontinuiteit - dus een voortgezet voorkomen van alkoholproblemen - dan deze met intakt gebleven rituelen.

Wat specifiek de vrouwen betreft, zien we dat de mate van stabiliteit van de gezinsrituelen van minder invloed is voor de dochters dan voor de zonen. Dat wil zeggen, zonen zouden bij het intakt blijven van de rituelen gematigd beschermd worden tegen het heroptreden van alkoholmisbruik, dochters zo goed als niet.

In recent onderzoek breiden Wolin en Bennett dit gezinsrituelenmodel uit met hypothesen in verband met de signifikantie van gezinsrituelen en de alkoholische achtergrond van het gezin van de partner en in verband met het proces van ritueelontwikkeling in het nieuwe kerngezin.

Het bestek van deze voordracht laat mij niet toe hierop verder in te gaan.

Vrouwen zullen eerder dan mannen problemen in de gezinssfeer of het huwelijk aanhalen als oorzaak van hun drankprobleem. Sommige auteurs bestempelen dit als rationalisaties, als het trachten vergoelijken van de alkoholabusus. Dit houdt mijns inziens een negatief waardeoordeel in dat we vanuit therapeutisch standpunt opzij moeten kunnen zetten, als we een interpunktiekonflikt met de vrouwelijke kliënt willen vermijden. Een interpunktiekonflikt dat we ten zeerste dienen te vermijden als we onze eerste the-

rapeutische doelstelling willen bereiken, namelijk dat de vrouw zich met haar probleem aanvaard voelt door de therapeut. In literatuur en onderzoek vinden we geen aanwijzingen dat huwelijks- of gezinsproblemen erger zijn bij vrouwelijke drinkers dan bij mannelijke, maar voor vrouwen hebben deze konflikten waarschijnlijk een zwaardere betekenis.

Problemen in huwelijk of gezin kunnen uiteraard evenzeer een oorzakelijke betekenis hebben als een konsekwente. Een kip-of-ei-diskussie is irrelevant. We kunnen echter stellen dat de alkoholische vrouw drinkpatronen vertoont die gerelateerd zijn aan gezinsdynamieken, aan krisissen en overgangen in de gezinsontwikkeling, zoals bijvoorbeeld het verlies van de partner door scheiding of overlijden, miskraam, het lege-nest-syndroom, het verlies van een ouder en dergelijke. Het hieraan gerelateerd zijn, zou kunnen betekenen dat gezinsinterventies bij vrouwelijk alkoholmisbruik sneller tot een positieve verandering zouden kunnen leiden.

Het drinkgedrag van de partner speelt een veel belangrijkere rol voor de vrouwelijke alkoholmisbruiker dan voor de mannelijke misbruiker. In het Rand Report Van 1978 vinden we volgende cijfers:
35% van de vrouwelijke alkoholisten en 63% van de vrouwelijke excessieve drinkers bleek een partner met alkoholproblemen te hebben; terwijl het bij mannen respektievelijk om 17 en 32% ging.
Sommige vrouwen beginnen te drinken mét hun man in een poging om zijn verbruik te kontroleren of bepalen.

In gesprekken met vrouwelijke drinkers hoor je dikwijls dat zij gevoelens van onzekerheid en inferioriteit benoemen als oorzaak van hun drinken. Alkohol helpt om de scherpe kanten van je minderwaardig-voelen, af te ronden of om de illusie te scheppen dat je je ideaalbeeld beter benadert.

Heel wat auteurs menen dat een lage zelfwaardering veel meer bij vrouwen voorkomt dan bij mannen. Anderen stellen dat bepaalde onderzoeken niet toelaten deze hypothese te bewijzen. Zij poneren wel dat bij vrouwen het zelfwaardegevoel veel meer afhangt van wat de buitenwereld denkt of van wat zij denken dat de buitenwereld denkt over hen, dus de metapercepties. Mannen zouden hieraan minder gevoelig zijn. Dat kan dus de stelling verklaren dat vrouwelijke drinkers een negatiever zelfbeeld hebben dan mannelijke drinkers. Dat laatste illustreert eveneens dat lage zelfwaardering evenzeer een oorzaak van probleemdrinken kan zijn als een gevolg.

Vrouwelijk alkoholmisbruik kan ook verband houden met seksualiteit. Vrouwen durven drinken om zich ontspannener te voelen en te gedragen bij het vrijen.

De noodzaak tot spanningsreduktie op dit terrein kan los staan van voorafgaandelijke traumatische ervaringen maar er ook rechtstreeks verband mee houden, zoals bijvoorbeeld in het geval van incest.

Dan zou ik nu in onze zoektocht naar oorzakelijke faktoren een overstapje willen maken naar de lichamelijke faktoren eigen aan het vrouw zijn.

Tot de algemene lichamelijke faktoren rekenen we de menstruele cyclus, met inbegrip van menopauze en orale kontraceptiva. Er is al heel wat onderzoek gedaan naar de invloed van de menstruele cyclus en in het bijzonder van de premenstruele fase, met andere woorden naar de invloed van vrouwelijke hormonen op de mate van alkoholmetabolisatie. Ook de invloed van orale kontraceptie is bestudeerd. De bevindingen in verband met deze materie blijven nog hypothesen die verder getoetst dienen te worden alvorens tot eensluidende besluiten te kunnen komen.

Belangrijk in verband met deze materie is wel dat vele vrouwen tijdens de pre-menstruele fase last hebben van spanningen en angsten en dan makkelijker naar alkohol als spanningsreducerend middel grijpen.

Verder onderscheiden we specifieke lichamelijke antecedenten van gynaekologische of obstetrische aard. Gynaekologische en/of obstetrische verwikkelingen worden door alkoholmisbruiksters dikwijls als oorzaak of faciliterende faktor gerapporteerd, zo blijkt uit onderzoek van onder andere Wilsnack en Gomberg. We denken hierbij aan fertiliteitsproblemen met al dan niet hieraan gekoppeld onaangename onderzoeken, miskraam, ongewenste zwangerschap, post-partum verwikkelingen, hysterektomie,...

Tot de biologisch beïnvloedende faktoren rekenen we ook de genetische aspekten.

De laatste jaren zitten onderzoek en publikaties in verband met erfelijke faktoren die een predispositie geven tot alkoholmisbruik in de lift. De klassieke diskussie over "aanleg versus milieu" gaat nu meer over de vraag welke genetische en welke omgevingsfaktoren samen een valabele verklaring kunnen vormen.

Recente bevindingen wijzen erop dat de wijze van genetische transmissie van alkoholmisbruik zou kunnen verschillen bij vrouwen en mannen. Deze bevindingen bevestigen de resultaten van een ouder onderzoek (uitgevoerd in 1981 in Zweden door Bohman), namelijk dat er bij de vrouwen een vrij sterke overerving van alkoholmisbruik is langs moederszijde. Men maakt in dit verband ook hypothesen omtrent een patrilineaire en een matrilineaire vorm van alkoholmisbruik.

In heel deze materie bestaan er nog heel wat vraagstukken en onduidelijkheden. Enerzijds is er gebrek aan kennis over welke aspekten genetisch kunnen overgedragen worden, welke genetische "merkers" er zijn, anderzijds kent het genetisch onderzoek talrijke methodologische zwakheden.

Over de gevolgen van het vrouwelijk alkoholmisbruik kan ik hier niet uitweiden. Ik wil enkel aanstippen dat de sekstypische gevolgen van het vrouwelijk alkoholmisbruik op lichamelijk vlak uiteraard betrekking hebben op de terreinen van konceptie en voortplanting, zoals ontregeling van de menstruele cyclus, verhoogde kans op miskraam of op het foetaal alkoholsyndroom,...

Men is ook tot de bevinding gekomen dat vrouwen gemakkelijker alkohol-geïnduceerd leverlijden ontwikkelen dan mannen.

Dan zou ik nu wat meer willen vertellen over de kenmerken van het vrouwelijk alkoholmisbruik.

Vrouwen beginnen in vergelijking met mannen veeleer te drinken om het spanningsreducerende effekt van alkohol; zij verwachten de onaangename of pijnlijke gevoelens tengevolge van een probleemsituatie (tijdelijk) te kunnen wegdrinken. Mannen daarentegen beginnen meestal te drinken vanuit de verwachting van verhoging van sociaal en fysiek plezier.

De alkoholische vrouw drinkt vooral thuis. Zij slaagt erin haar drankprobleem zeer lang te verdoezelen: lege flessen, vuile glazen zijn weg, de adem is opgefrist,... Vrij lang kan ze haar huishoudelijke taken nog aan. Op een bepaald moment niet meer; zo is het avondmaal dikwijls een bron van konflikt: er is weer eens niet gekookt, het zoveelste blik wordt opgewarmd,... De gezinsleden beginnen bepaalde huishoudelijke taken over te nemen. Dikwijls gaat de echtgenoot over tot het kontroleren van het huishoudbudget, in de hoop alzo het drankmisbruik te kunnen indijken,...

De gezinsleden trachten het misbruik zo lang mogelijk verborgen te houden voor de buitenwereld. Uitnodigingen voor etentjes of feestjes worden afgewimpeld door allerlei ekskuses. Alhoewel vrouwelijke misbruikers er dikwijls zeer goed in slagen hun konsumptie in een sociale kontekst zeer te beperken.

Het gezin komt terecht in een geïsoleerde positie door de wederzijdse beïnvloeding van enerzijds het beschermende gedrag van de gezinsleden en anderzijds het opzoeken van het isolement door de vrouw zelf.

Recent onderzoek vermeldt dat mannelijke partners en vaders van alkoholmisbruiksters het probleem sterker zouden ontkennen en meer verantwoordelijkheid zouden overnemen dan vrouwelijke echtgenoten van mannelijke misbruikers.

De beschermende houding van de gezinsleden en dichte familie maakt dat de stap naar behandeling in eerste instantie belet wordt. Vrouwelijke drinkers maken dan ook minder gebruik van de bestaande behandelingsfaciliteiten dan mannelijke drinkers; dat vindt u meteen geïllustreerd door cijfermateriaal als u jaarverslagen van ambulante of residentiële diensten openslaat.

Men doet zeer laat beroep op de hulpverlening, namelijk als de situatie in het gezin onhoudbaar dreigt te worden. Er bestaat de neiging alle problemen die zich in het gezin voordoen op het drinken te schuiven.

Vrouwelijke drinkers zouden sneller door hun man verlaten worden dan mannelijke drinkers door hun vrouw. Het feit dat huisvrouwen financieel afhankelijk

zijn van hun man zal hierin zeker een aandeel hebben!

Het volhouden van de behandeling wordt mee bepaald door strukturele faktoren, zoals kinderopvang. Het zich volledig aanvaard voelen door de terapeut is voor de misbruikster zeer belangrijk. Vanuit praktijkervaring meen ik te mogen zeggen dat dit makkelijker gebeurt bij een vrouwelijke hulpverlener, alhoewel hierover nog geen onderzoeksbewijzen voorhanden zijn.

En dan nog enkele positieve gegevens in verband met de behandeling van vrouwelijke drinkers:

Uit een follow-up onderzoek van Haver blijkt dat een familiedrinkgeschiedenis bij vrouwen niet noodzakelijk gekorreleerd is aan zwakkere behandelingsresultaten op lange termijn.

Moos en Moos kwamen tot de vaststelling dat gezinnen met herstelde vrouwelijke drinkers geen negatiever gezinsfunktioneren vertoonden dan niet-alkoholische gezinnen.

En Robinson kwam tot de bevinding dat herstelde alkoholische moeders vooral door hun kinderen geholpen worden om sober te blijven.

Vrouwen zouden een zogenaamd "telescoped" of ineengeschoven ontwikkeling van alkoholproblemen kennen, dat wil zeggen dat de symptomen zich op een sneller ritme manifesteren; vrouwen doorlopen dus sneller de verschillende stadia van het verslavingsproces.

Specifiek voor vrouwen is ook het verhoogde risiko op dubbel misbruik of polytoksikomanie. Een vrouw die alkohol misbruikt, verzwijgt dit gewoonlijk voor haar huisarts, maar presenteert wel klachten over slaapmoeilijkheden, depressie, angst, zenuwachtigheid,... Heel dikwijls staat de dokter niet stil bij de mogelijkheid van alkoholmisbruik, maar schrijft psychofarmaka voor ter vermindering van de klachten.

Dit dubbel gebruik kan ook langs een andere weg tot stand komen, namelijk de vrouw ervaart - zonder voorafgaand alkoholmisbruik - hogergenoemde klachten, legt deze aan haar arts voor, krijgt op de symptomen gerichte medikatie voorgeschreven en merkt na verloop van tijd - mogelijk als de tolerantie verhoogd is - dat drank in kombinatie met de psychofarmaka een verhoogd effekt geeft.

Onnodig waarschijnlijk, nog eens te benadrukken dat men zich met de gemengde inname van alkohol en psychofarmaka op gevaarlijk terrein begeeft...!

De zojuist geschetste karakteristieken zijn vooral van betrekking op wat we gemakkelijkheidshalve "traditionele" vrouwen zullen noemen - zonder hieraan een waardeoordeel te verbinden -, namelijk oudere vrouwen en vrouwen wiens terrein zich hoofdzakelijk thuis bevindt. In de literatuur en de praktijk vinden we echter aanwijzingen die toelaten veronderstellingen te maken met betrekking tot een nieuw vrouwelijk drinkpatroon dat duidelijk samenhangt met de veranderde positie van de vrouw in de maatschappij, waarbij zij een belangrijke plaats inneemt in de wereld buitenshuis. Dit patroon refereert naar hoofdzakelijk jongere vrouwen en vertoont grote gelijkenissen met het mannelijk drinkpatroon. Ik vat het voor u als volgt samen:

1) De motivatie tot drinken ligt eerder binnen een socio-professionele kontekst (professionele wereld, uitgaansleven,...). Men begint te drinken vanuit positieve beweegredenen (plezier, smaak, prettig sociaal kontakt,...).
2) Deze vrouwen drinken niet meer alleen en thuis maar gebruiken in groepsverband.
3) Er is aanwezigheid van sociale kontrole. De omgeving geeft sneller signalen bij misbruik.
4) De stap naar behandeling kan sneller gezet worden.
5) Een geleidelijke evolutie naar een alkoholverslaving is mogelijk als gevolg van een uit de hand gelopen sociale drinkgewoonte.
6) Er is alkoholgebruik op een infrekwente basis (wanneer de gelegenheid zich voordoet, bv. receptie op werk) en men drinkt grotere hoeveelheden per keer.
7) De voorkeur voor wijn en gemixte dranken lijkt licht verzwakt en zij gaan nu ook allerlei bieren drinken.

Ogen gericht op de toekomst die ons meer informatie zal kunnen verschaffen omtrent het al dan niet voortzetten van deze evolutie...!

II. VROUW EN PSYCHOFARMAKAMISBRUIK.

Meer mannen drinken meer, maar meer vrouwen slikken meer, d.w.z. ongeveer 1,5 tot 2 maal zoveel vrouwen als mannen (ge)misbruiken psychofarmaka.

Onder psychofarmaka verstaan we: antidepressiva, minor tranquillizers, major tranquillizers.

Vaak zoekt men ook het effekt van de psychotrope komponenten in farmaka die niet als psychotroop gekategoriseerd worden.

Algemeen gesteld kunnen we zeggen dat men meer risiko heeft om psychofarmaka te misbruiken als men

- ouder is dan 40 jaar;
- vrouw is;
- werkloos is;
- gepensioneerd is;
- huisvrouw is;
- de eigen gezondheid als slecht beoordeelt.

Vrouwen beginnen vaak psychofarmaka te gebruiken n.a.v. huwelijksproblemen, scheiding of overlijden van de partner, kinderopvoedingsproblemen, surmenage door dubbele rol en omwille van iatrogene faktoren zoals een psychiatrische behandeling of een opname in een algemeen ziekenhuis.

Wanneer ze klachten i.v.m. depressie of stress, slaapstoornissen of psychosomatische symptomen ervaren, is de huisarts diegene bij wie ze te rade gaan. Vrouwen rapporteren in het algemeen meer klachten van psychische of fysieke aard dan de mannen. Het is moeilijk uit te maken of het hier gaat om een grotere sensitiviteit t.a.v. het eigen lichamelijk en geestelijk funktioneren of om een makkelijker ermee naar buiten komen (of allebei) dan mannen. Vrouwen bezoeken ook frekwenter de dokter en dit omwille van kontraceptie, zwangerschap of omwille van gezondheidsprobleempjes met de kinderen of bejaarde ouders.

Huisartsen - voor het overgrote deel mannen - schrijven dikwijls gemakkelijk (te gemakkelijk) psychofarmaka voor. Voorschrijfgedrag wordt - zoals ander gedrag - beïnvloed door percepties. Zo spelen sociale percepties zoals seksestereotypen zeker een rol: uit onderzoek blijkt dat de medicus dezelfde geuite klachten door mannen en vrouwen, bij vrouwen eerder toeschrijft aan psychische of psychosomatische moeilijkheden en bij mannen eerder aan organische moeilijkheden of zware werkomstandigheden. De huisarts' perceptie over de vrouw wordt uiteraard ook beïnvloed door wat hij als informatie aangereikt krijgt tijdens zijn opleiding, in vakliteratuur en last but not least...de farmaceutische nijverheid met haar, het moet gezegd, zeer verzorgde publiciteit.

Gemakkelijk psychofarmaka voorschrijven heeft zeker en vast ook zeer veel te maken met het feit dat de patiënt op het einde van de konsultatie of na een reeks onderzoeken een akkurate diagnose en een effektieve behandeling verwacht, wat soms eenvoudigweg onmogelijk is. Die druk vanuit de patiënt weegt soms zwaar door op de arts die uiteindelijk zijn toevlucht neemt tot het voorschrijven van iets "waarmee U zich - als het te lastig wordt - beter zal voelen". Het toeschrijven van symptomen aan psychische oorzaken die behandeld dienen te worden door psychofarmaka pleit de medicus bovendien vrij van ondeskundigheid... immers, het ligt bij de patiënt.

De huisarts wordt eigenlijk dikwijls gekonfronteerd met psychische problemen die het terrein van de geneeskunde te buiten gaan. Een goede aanpak hiervan vraagt veel tijd - iets wat de meeste huisartsen niet hebben - en een deskundigheid die ze evenmin hebben. Een gerichte doorverwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg zou hier op zijn plaats zijn. Sociale of maatschappelijk bepaalde problemen, bv. t.g.v. rolpatronen of arbeidsomstandigheden, worden dikwijls toegeschreven aan een persoonlijke problematiek, zoals bv. "neurotisch" of "hysterisch" zijn. Psychofarmaka faciliteren in dit geval de aanpassing aan sociale (wan-) toestanden.

In onze maatschappij heeft men ook vaak de neiging emoties die vast en zeker bestaansrecht hebben zoals immens verdriet bij het overlijden van een dierbaar iemand, te "sederen" door medikatie.

Depistage, preventie of behandeling van psychofarmakamisbruikers is geen sinecure. De omgeving bekijkt het misbruik niet zo gauw als een probleem

1. omdat men dikwijls niet weet hoeveel de vrouw wel slikt: verheimelijken (wegstoppen, meerdere dokters bezoeken,. . .) is veel gemakkelijker dan bij alkohol;
2. omdat het gaat over voorgeschreven medikatie;
3. omdat men het dikwijls beter vindt dat ze "haar pillekes" neemt dan dat ze zaagt of overstuur is.

Dit laatste speelt trouwens ook bij vrouwen een zeer belangrijke rol in het blijven slikken: liever slikken dan een slechte moeder te zijn die roept en tiert, liever slikken dan slecht te slapen en hierdoor je job en huishoudelijke taken te verwaarlozen, liever slikken dan ontevredenheid of agressie te tonen, ... Veel vrouwen zijn bang om terug emoties te voelen als ze hun psychofarmakagebruik stoppen.

Wat ik wou aantonen, is niet dat alle vrouwen junkies zijn, noch dat alle dokters "pushers" zijn maar wel dat heel wat psychofarmakagebruik niet op zijn plaats is ...

Jeanine De Belder
Lic. Klinische psychologie,
Systeemtherapeute

BIBLIOGRAFIE

1. Allan, C., Cooke, D.J., Stressful life Events and Alcohol Misuse in Women: A Critical Review, in: Journal of Studies on Alcohol, 1985, 46, 2, pp. 147-152.
2. Baart, I., Baerveldt, M., Dokteren aan vrouwen. Medikalisering van vrouwenlevens, SUA, Amsterdam, 1986.
3. Beckman, L., Women Alcoholics. A Review of Social and Psychological Studies, in: Journal of Studies on Alcohol, 1975, 36, 7, pp. 797-819.
4. Beckman, L., Self-Esteem of Women Alcoholics, in: Journal of Studies on Alcohol, 1978, 39, 3, pp. 491-498.
5. Beckman, L., Sex-Role Conflict in Alcoholic Women: Myth or Reality, in: Journal of Abnormal Psychology, 1978, 87, 4, pp. 408-417.
6. Beckman, L., Reported Effects of Alcohol on the Sexual Feelings and Behaviour of Women Alcoholics and Nonalcoholics, in: Journal of Studies on Alcohol, 1979, 40, 3, pp. 272-281.
7. Beckman, L., Amaro, H., Personal and Social Difficulties Faced by Women and New Entering Alcoholism Traetment, in: Journal of Studies on Alcohol, 1986, 47, 2, pp. 135-145.
8. Blume, S., Alcohol Problems in Women, in: New York State Journal of Medicine, 1982, July, pp. 1222-1224.
9. Brick, T., e.a., The effect of menstrual cycle on blood alcohol levels and behaviour, in; Journal of Studies on Alcohol, 1986, 47, 6, pp. 472-477.
10. Busch, Barron Mc Bride, Benaventura, Chemical Dependency in Women. The Link to OB/GYN Problems, in: Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 1986, 24, 4, pp. 26-30.
11. Casswell, S., Smythe, M., Alcohol Consumption by Women, in: ANZJS, 1983, 19, 1, pp. 146-152.
12. Celentano, D., Mc Queen, D., Alcohol Consumption Patterns among Women in Baltimore, in: Journal of Studies on Alcohol, 1984, 45, 4, pp. 355-358.
13. Cooperstock, R., Psychotropic drug use among women, in: CMA Journal, 1976, October, 23, 115, pp. 760-763.
14. Cole-Harding, S., Wilson, J., Ethanol Metabolism in Men and Women, in: Journal of Studies on Alcohol, 1987, 48, 4, pp. 380-387.
15. De Maeseneire, I., Het vrouwelijk alkoholprobleem, onuitgegeven licentiaatsverhandeling, RUG, 1988.
16. De Zwart, W., Alcoholisme bij vrouwen, onderzoek in een kliniek voor vrouwelijke alcoholisten, in: Tijdschrift voor Alcohol en Drugs, 1984, 10, 1, pp. 1-8.
17. Dowsling, J., Smit, M., Verslag Studiedag Vrouwen en Verslaving, Instituut voor Preventieve en Sociale Psychiatrie, Erasmus Universiteit Rotterdam, December, 1987.
18. Duckert, F., Recruitment into treatment and effects of treatment for female problem drinkers, in: Addictive Behaviors, 1987, 12, pp. 137-150.
19. Eskes, T., Het foetale alkoholsyndroom, in: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1979, 123, 29, pp. 1276-1279.
20. Fidell, L., Sex Differences in Psychotropic Drug Use, in: Professional Psychology, 12, 1, february 1981, pp. 156-161.
21. Filstead, W., Gender Differences in the Onset and Course of Alcoholism and Substance Abuse, in: Alcoholism Treatment Quarterly, 1984, 1, 1, pp. 125-133.
22. Haafkens, J., Smit, M., Verslag Studiedag Vrouwen en Verslaving, Instituut voor Preventieve en Sociale Psychiatrie, Erasmus Universiteit Rotterdam, December 1987.
23. Jacob, Z., e.a., The Alcoholic's Spouse, Children and Family Interactions, in: Journal of Studies on Alcohol, 1978, 39, 7, pp. 1231-1246.
24. Jacob, Z., Bremer, D., Assortative Mating among Men and Women Alcoholics, in: Journal of Studies on Alcohol, 1985, 47, 3, pp. 219-222.
25. Kinsey, B., The female alcoholic. A social psychological study, Thomas, Springfield, Illinois, 1966.
26. Latcham, R., Familial Alcoholism: Evidence from 237 Alcoholics, in: British Journal of Psychiatry, 1985, 147, 54-57.
27. Lester, L., The Special Needs of the Female Alcoholic, in: Social Case Work: The

Journal of Contemporary Social Work, 1982, October, pp. 451-456.
28. Lisansky, E., Women, Sex Roles and Alcohol Problems, in: Professional Psychology, 1981, 12, 1, pp. 146-155.
29. Martin, C., Casswell, S., Types of Female Drinkers: A Multivariate Study, in: Journal of Studies on Alcohol, 1987, 49, 3, pp. 273-280.
30. Mooney, D., Correlates of alcohol consumption: sex, age, and expectancies relate differentially to quantity and frequency, in: Addictive Behaviors, 1987, 1-2, pp. 235-240.
31. Morgan, P., Women and Alcohol: The Disinhibition Rhetoric in an Analysis of Domination, in: Journal of Psychoactive Drugs, 1987, 19, 2, pp. 129-133.
32. Morrisey, E., Schuckit, M., Stressful Life Events and Alcohol Problems among Women Seen at a Detoxication Center, in: Journal of Studies on Alcohol, 1978, 39, 9, pp. 1559-1575.
33. Nanji, A., French, S., Female to male Mortality Ratios for Alcohol-Related Disorders: Possible Indicator of Susceptibility in Different Sexes, in: Advances in Alcohol and Substance Abuse, 1987, 6, 3, pp. 89-94.
34. Niaura, R., e.a., Gender Differences in Acute Psychomotor, Cognitive and Pharmokinetic Response to Alcohol, in: Addictive Behaviors, 1987, 12, pp. 345-356.
35. Orford, J., Kedolie, A., Gender differences on the functions and effects of moderate and excessive drinking, in: British Journal of Clinical Psychology, 1985, 24, pp. 265-279.
36. Roose, N., De rol van familieleden bij het ontstaan, de instandhouding en behandeling van alkoholmisbruik, onuitgegeven licentiaatsverhandeling, RUG, 1988.
37. Schuckit, M., The Alcoholic Woman: literature review, in: Psychiatry in Medicine, 1972, 3, 37-43.
38. Scida, J., Vannicelli, M., Sex-Role Conflict and Women's Drinking, in: Journal of Studies on Alcohol, 1979, 40, 1, pp. 28-43.
39. Shore, E., Alcohol Consumption Rates among Managers and Professionals, in: Journal of Studies on Alcohol, 1985, 46, 2, pp. 153-156.
40. Sijlburg, G., Vrouwen en Alcohol, in: Tijdschrift voor Alcohol en Drugs, 1979, 5, 3, pp. 89-93.
41. Stabenan, J., Implications of Family History of Alcoholism, Antisocial Personality, and Sex Differences in Alcohol Dependence, in: American Journal of Psychiatry, 1984, 141, 10, pp. 1178-1182.
42. Steinglas, P., The Alcoholic Family, Basic Books, New York, 1987.
43. Thom, B., Sex Differences in Help-seeking for Alcohol Problems - 2. Entry into Treatment, in: British Journal of Addiction, 1987, 82, pp. 989-997.
44. Van Den Burgh, M., Alkoholproblematiek bij vrouwen, Onuitgegeven doktoraalskriptie, Katholieke Universiteit Nijmegen, 1987.
45. Van Oost, P., Recente ontwikkelingen in de psychotherapie: implicaties voor de visie op en de behandeling van alkoholmisbruik, in: Syllabus Verslavingszorg. Debatavond en studiedag kliniek de Pelgrim Oosterzele, 20-21 september, 1983.
46. Werner, E., Resilient Offspring of Alcoholics: A longitudinal Study from Birth to Age 18, in: Journal of Studies on Alcohol, 1966, 47, 1, pp. 34-40.
47. Wilsnack, S., Sex Role Identity in Female Alcoholism, in: Journal of Abnormal Psychology, 1973, 82, 2, pp. 253-261.
48. Wilsnack, S., The effects of social drinking on women's fantasy, in: Journal of Personality, 1974, 42, pp. 43-61.
49. Wilson, Otto, e.a., La femme moderne et l'alcool, Mardaga, Brussel, 1980.

KINDEREN VAN ALCOHOLISTEN: EEN LITERATUURSTUDIE

C. Coolen-Perednia

1. Inleiding

Onderzoek en behandeling van alcoholisme hebben de laatste decennia heel wat ontwikkelingen ondergaan. Eerst had men alleen oog voor de mannelijke alcoholist; pas later ook voor de vrouwen met alcoholproblemen. De volgende stap in de ontwikkeling was het betrekken van de partners bij onderzoek en behandeling: het begrip "codependency" (1) wees op de (vaak ongewilde) rol van de partner bij het in stand houden van het alcoholisme. Langzaam maar zeker begon daarna het idee veld te winnen dat alcoholisme niet alleen lichaamsorganen aantast maar -vaak voor het zover is- hele gezinnen terroriseert en verscheurt. Men beschouwde alcoholisme ook als een "familieziekte" of "gezinsziekte": interactiepatronen, ontwikkelingsfasen en intergenerationele transmissiepatronen werden bestudeerd.

Bij de bestudering van het gezin als geheel werd een zeer belangrijk subsysteem over het hoofd gezien, nl. de kinderen. In 1969 verscheen het boek The Forgotten Children van Margaret Cork, dat gezien wordt als het startsein van een hele vloedgolf literatuur over de "Children of Alcoholics" (COA). Later voegde men daar ook de ACOA (of ACA) bij: "Adult Children of Alcoholics". Verschillende bronnen (Black, 1982; Russell et al., 1984 (in Werner, 1986); Whitfield, 1986; Brown, 1988) vermelden dat ongeveer 28 miljoen Amerikanen opgroeiden met tenminste één "alcoholische" ouder.

---

(1) Codependency wordt ook gedefinieerd als de onbewuste verslaving aan iemand anders' dysfunktioneel gedrag of als de neiging om iemand anders' behoeften vóór de eigen behoeften te plaatsen (Black, 1982).

Zeven miljoen COA zouden jonger zijn dan 18 jaar. Dit wil zeggen dat de bevolking van de U.S.A. (2) meer dan 11 % (A)COA telt!

Sinds het begin van de jaren '80 ontstond er in de V.S. niet alleen een hele vloedgolf literatuur over dit onderwerp, maar ook een nieuwe, zich snel uitbreidende nationale beweging rond COA (cfr. "The Children of Alcoholics Foundation" en "The National Association for Children of Alcoholics" als de twee voornaamste organisaties, los van de Alateen-zelfhulpgroepen). Het doel van deze bewegingen is het onderstrepen van de gemeenschappelijke ervaring van COA, nl. het opgroeien in een dysfunktioneel gezin: met één of twee alcoholische ouders, die door hun drankprobleem niet in staat zijn hun ouderrol op een bevredigende manier te vervullen, met alle gevolgen van dien voor de kinderen. De literatuur drukt erop dat deze kinderen talrijke risico's lopen:

- zelf alcoholist worden (cfr. Deense genetische studies vermelden vier maal meer risico dan niet COA);
- een "alcoholische" partner uitzoeken;
- allerlei emotionele en psychosociale problemen ontwikkelen, ook in de volwassenheid (Black, 1982).

Samen met de sociale bewegingen pleiten vele auteurs (Black, 1982; Brown, 1988; Woititz, 1983) om de COA als een heel aparte populatie te beschouwen, met eigen noden voor behandeling. Men presenteert een totaal nieuw uitgangspunt voor de hulpverlening aan deze COA-populatie: een verschuiving van de "klassieke visie" op het ontwikkelen van psychopathologie naar de opvatting van "een normale reaktie op een abnormale gezinssituatie" tijdens de kinderjaren (Whitfield, 1986). De beschreven reakties omvatten allerlei symptomen en stoornissen, die vele diagnostische categorieën

---

(2) De Amerikaanse ambassade te Brussel deelde ons mee dat de totale bevolking in de U.S.A. 242,2 miljoen inwoners bedroeg (volgens de World Almanak and Books of Facts, 1988).

doorkruisen (depressieve toestanden, angststoornissen, verslaving enz.). Volgens Brown (1988) zou er zelfs een tendens bestaan om de problematiek van COA als een aparte diagnostische categorie in de DSM (3) op te nemen. Cermak (1984) vergeleek de gevolgen van het opgroeien in een "alcohol-gezin" met Post-Traumatische Stressstoornissen: chronische symptomen van acute angst, nachtmerries en slaapstoornissen, gelijkaardig aan deze bij oorlogsveteranen of kinderen van de Holocaust. Dit lijkt ons een verregaande vergelijking en veralgemening van causale verbanden, die niet zonder gevaren is voor de COA-populatie als geheel (zie paragraaf over aanpak).

2. Opvattingen over het gezin van COA

Talrijke klinici (o.a.Black, 1982; Woititz, 1983; Kritsberg, 1986) beschrijven de gezinssituatie waarin COA opgroeien vanuit hun ervaring met hulpverlening. We geven een uitgebreide weergave van deze beschrijvingen.

2.1. De ouderlijke opvoedingsstijl

De alcoholische ouder (AO) wordt beschreven als een persoon die niet in staat is om zijn drinkgedrag te controleren en daardoor problemen heeft in de meest belangrijke levensgebieden (gezin, werk, vrije tijd ...). Deze ouder (vader of moeder) wordt volledig opgeslorpt door zijn fysieke en psychische verslaving en alle problemen die hierdoor veroorzaakt worden, zodat hij/zij weinig of geen tijd en energie over heeft voor het vervullen van de ouderrol. De partner wordt er stilaan toe verplicht om meer en meer bezig te zijn met het gedrag van de AO, zodat men deze ouder beter CO-AO dan niet-AO noemt. Sommige auteurs (o.a. Black, 1982) gebruiken in dit verband de term "codependent parent".

---

(3) DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

Voor de kinderen betekent dit dat geen van beide ouders over voldoende tijd, fysieke en emotionele energie beschikt om zijn/haar verantwoordelijkheid als ouder op te nemen en op een consistente, voorspelbare basis beschikbaar te zijn voor de kinderen. Daardoor is er een gebrek aan ouderlijke warmte, veiligheid door duidelijke gedefinieerde grenzen en respectvolle omgang tussen de gezinsleden. Kritsberg (1986) beschrijft fysieke en/of emotionele verwaarlozing als een kernprobleem voor COA. Daardoor ontwikkelen ze een angstgevoel en een gevoel van eenzaamheid en waardeloosheid. Volgens Black (1982) is er een verband tussen alcoholisme en vrouw- en kindermishandeling, inclusief incest. Deze auteur wijst erop dat het niet altijd de AO is die ook mishandelt, hij/zij kan er ook het slachtoffer van zijn. De ergste gevallen zijn die waar beide ouders alcoholisten zijn en beide mishandelend optreden: de kinderen groeien dan op in een ware terreursfeer, die bovendien door de ouders vaak geminimaliseerd en/of ontkend wordt.

2.2. De gezinsregels

Vele COA-publicaties vermelden de ongeschreven maar vaak dwingende regels die in deze gezinnen gelden om het (ongezonde) gezinsevenwicht in stand te kunnen houden. De auteurs wijzen erop dat de regels niet automatisch veranderen als de alcoholische ouder stopt met drinken of het huis verlaat. Deze regels worden vaak geïnstalleerd als een antwoord op en een omgaan met een actieve alcoholist. Het is een poging om orde en stabiliteit aan te brengen in een chaotische en onstabiele situatie, die veroorzaakt wordt door het alcoholisme. Deze opvatting staat tegenover de stelling dat het drinkgedrag op lange termijn juist stabiliserend zou werken.

De regel van rigiditeit (Kritsberg, 1986) komt tot uiting in alle aspekten van het gezinsleven. Het alcoholisme van een ouder veroorzaakt onvoorspelbaar gedrag, zodat het gezin als antwoord hierop

rigiede regels installeert om te voorkomen dat alles een complete chaos wordt. Maar in deze rigiede gezinsstruktuur kunnen kinderen emotioneel niet groeien, zodat ze zelfs eenmaal volwassen vaak nog die "kinderlijke gevoelens" hebben wanneer ze omgaan met hun ouders. Kritsberg (1986, p. 14) ziet hier de oorsprong van de grote behoefte aan controle van COA, die hij doorgaans serieuze, weinig spontane mensen vindt.

De regel van de ontkenning geldt zowel buiten als binnen het gezin. Eerst wordt ieder probleem met alcohol ontkend: de ouders geven vaak een zeer irrationele uitleg voor het drinkgedrag (bv. een hersentumor), zodat vele kinderen gedurende lange tijd een schrijnend gebrek aan informatie hebben over alcoholisme "als ziekte". Maar deze ontkenning geldt ook voor de andere problemen in het gezin: men zegt de kinderen voortdurend dat wat ze zien, horen en voelen niet waar is. Het gaat om een "normaal en gelukkig" gezin, ook al is er zoveel ruzie thuis. De ontkenning is een fundamenteel probleem voor COA. Het is de hoeksteen van het hele systeem: zolang er ontkend wordt, hoeft men niet te veranderen. Het motto van vele COA is dan ook en vaak nog in hun latere leven "Als ik me voorhoud dat dit niet echt gebeurt, zal het misschien overgaan". De kinderen spreken dus niet over de problemen van hun ouders: ze leren vlug dat dit niet mag en gaan zelf de problematiek ontkennen, ook hun eigen gevoelens daarover.

De regel van de isolatie. Het alcoholische gezin is vaak een gesloten systeem waarin de mythe gecreëerd wordt dat geen enkele buitenstaander begrijpend kan zijn of te vertrouwen is. Het gezin isoleert zich van de sociale omwereld (bv. door contacten te vermijden of veelvuldig te verhuizen) maar de gezinsleden isoleren zich ook van elkaar: men is niet in staat om elkaar emotioneel en moreel te steunen zoals bv. noodzakelijk is gedurende een crisis. Vooral voor de kinderen is dit een moeilijke en bedreigende situatie: het gezin betekent voor hen geen veilige thuishaven, vertrouwen en eerlijkheid zijn waarden die vaak ontbreken in een alcoholisch

gezin. De kinderen isoleren zich dan vaak met gevoelens van angst, schuld, boosheid en eenzaamheid, die kunnen resulteren in een wanhoopstoestand. Als coping leren ze hun gevoelens te onderdrukken en te ontkennen. In de volwassenheid zet dit patroon zich voort en bedreigt hun intieme en sociale relaties.

2.3. De gezinsrollen

Vele kinderen ontwikkelen in deze gezinnen ook specifieke rollen, die eveneens gericht zijn op het "overleven", op het aanbrengen van enige stabiliteit in hun (vaak chaotische) leven. Meerdere auteurs (Wegscheider-Cruse, 1981; Black, 1982) beschrijven deze rollen als ongewone copingmechanismen die vaak resulteren in emotionele en psychische problemen, doordat de kinderen in ongezonde extremen terecht komen. Black (1982) beschrijft de meeste COA als "good looking kids" die de neiging hebben om "normaal" te lijken: ze vertonen geen problematisch gedrag en ze spreken nooit of zeer zelden over het alcoholisme in hun gezin. Slechts een klein deel van de COA, de "acting-out" kinderen, wordt gemeld met problemen, terwijl de rest wordt "vergeten". Pas op volwassen leeftijd merkt men dan de effekten van het opgegroeid zijn in een alcoholisch gezin.
Deze grote groep kinderen past duidelijk in één of meer van de rollen, zoals beschreven door Black (1982).

- De verantwoordelijke (the responsible one) is vaak het oudste of enig kind dat struktuur en consistentie aanbrengt in de gezinsomgeving. Dit kind neemt dus "volwassen rollen" over voor zijn broers of zussen, vaak ook voor zijn ouders. Bijv. de zevenjarige die zijn dronken moeder in bed stopt. Deze kinderen leren alleen op zichzelf te vertrouwen, en niet op de ouders of op andere volwassenen, want ze hebben een verwrongen beeld van volwassenen als onverschillig of onbekwaam om hulp te bieden. Door hun leeftijdgenoten worden ze vaak "te serieus" gevonden: ze kunnen geen plezier maken zoals de andere kinderen.

- De aanpasser (the adjuster) is vaak het middelste of het jongste kind dat zich aan alle mogelijke omstandigheden aanpast. Zijn/haar oudere broer/zus neemt al de verantwoordelijkheid op zich en dit kind heeft geleerd dat er toch niets aan de situatie te veranderen is. Het is het kind dat men thuis noch op school opmerkt en dat meer bij vriendjes vertoeft dan thuis.
- De helper (the placater) is het kind dat probeert de gezinsleden te helpen om zich beter te voelen, alsof hij verantwoordelijk zou zijn voor de pijn van anderen. Dit kind kan goed luisteren en verzacht bv. het verdriet van moeder, de woede van vader, de angst van zijn broertje en de bezorgdheid van zijn zus.
- Het "acting-out" kind behoort tot de meest opgemerkte COA: de "bliksemafleiders" voor de spanningen in het alcoholisch gezin. Ze vertonen delinquent, problematisch gedrag, dat eigenlijk op een meer "adekwate" manier dan bij de vorige rollen, de realiteit van het gezin reflecteert. Ze doen het slecht op school of worden weggestuurd, ze misbruiken alcohol of andere drugs enz. Ze komen vaak in correctionele instellingen, psychiatrische klinieken en andere voorzieningen terecht. Hun sociaal onaanvaardbaar gedrag wordt aangeleerd en de ouders zijn de primaire rol-modellen in dit leerproces. Deze kinderen hebben een laag eigenwaardegevoel en reflekteren het gevoel van inadekwaatheid bij de ouders. Ze kunnen geen gevoelens communiceren op een sociaal aangepaste manier en vragen hulp door onaanvaardbaar gedrag te stellen. Positieve aanvaarding door leeftijdgenoten -zeer belangrijk voor tieners- lijkt onbelangrijk voor deze kinderen of ze sluiten zich aan bij "lotgenoten"!

Deels gelijkend op de beschrijvingen van Black, zijn de rollen die Wegscheider-Cruse (1981) identificeert:

- De held van het gezin is gewoonlijk de oudste die op school goed presteert, altijd "het goede" doet en de anderen vóór zichzelf plaatst (cfr. de "verantwoordelijke" of de "helper").
- Het verloren kind is een teruggetrokken kind, dat eenzaam op weg is naar een trieste volwassenheid.
- De zondebok is een kind dat zich vijandig en uitdagend gedraagt maar zich innerlijk gekwetst en kwaad voelt. Het trekt vooral negatieve aandacht en loopt veel kans om zelf in alcoholisme of een andere drugverslaving verzeild te geraken (cfr. het "acting-out" kind).
- De mascotte is zeer kinderlijk en kwetsbaar, maar heeft veel charme: het is de clown van het gezin.

Voor Woititz (1983) is de lage zelfwaardering de kern van de COA-problematiek. Door de aard van het alcoholische gezin met o.a. het gebrek aan ouderlijke warmte, duidelijke grenzen en respectvolle omgang tussen de gezinsleden, en door de vele dubbele boodschappen die de kinderen krijgen (bv. ik hou van je, ga weg), ontwikkelen ze een verward zelfbeeld. De beschrijvingen van "karakteristieken" van COA (Woititz, 1983; Kritsberg, 1986) of van hun gezinscontext (Black, 1982; Wegscheider-Cruse, 1981) roepen evenwel enige vraagtekens op. De beschrijvingen zijn gebaseerd op RETROSPEKTIEVE informatie van behandelde COA, meestal volwassenen. Opvallend in deze publikaties vinden we:

(1) de bijna vanzelfsprekendheid waarmee deze auteurs causale verbanden suggereren tussen vroegere ervaringen en huidige problemen van COA;
(2) de weinig genuanceerde uitspraken die we in deze boeken vinden (bv. Black, 1982: "all children are affected", p. 27);
(3) de veralgemeningen over "het" alcoholische gezin, die weinig overeenkomen met de heterogeniteit van de realiteit.

Brown (1988) wijst terecht op het feit dat de academische focus overwoekerd is door populaire publikaties, die vele COA wel

geholpen hebben bij het begrijpen van wat ze meegemaakt hebben. Deze media-popularisatie heeft echter als keerzijde een oververeenvoudiging van de realiteit.

3. Onderzoeken over COA

Er is de laatste jaren meer en meer (vooral Anglo-Amerikaans) onderzoek op gang gekomen over het effekt van alcoholisme bij één of beide ouders op de ontwikkeling van hun kinderen. Dit onderzoek gaat meestal over de realiteitswaarde van de causale relatie tussen ouderlijk of parentaal alcoholisme (PA) en bepaalde vormen van psychopathologie, psychosociale problemen of stoornissen in de ontwikkeling bij de kinderen.
De literatuur suggereert drie conclusies:

- PA is ongetwijfeld een risicofaktor voor de ontwikkeling van de kinderen in zulk gezin.
- Men vindt bij sommige kinderen wel een samenhang tussen PA en ontwikkelingsstoornissen, psychosociale problemen of psychopathologie, maar een CAUSAAL verband is NIET met zekerheid te stellen.
- Bij andere COA vindt men deze samenhang NIET terug, wat de vraag doet stellen hoe het komt dat deze kinderen op de een of andere manier weerbaar zijn tegen P.A.

3.1. Ouderlijk alcoholisme als risicofaktor voor kinderen

Iedereen zal het erover eens zijn dat COA zich gedurende hun ontwikkeling in een risico-situatie bevinden. Maar men heeft nog geen duidelijk zicht op de faktoren die determineren welke kinderen het meeste risico lopen. Een interessante hypothese hieromtrent werd ontwikkeld door Roosa e.a. (1988), nl. dat de mate van stress -veroorzaakt door P.A.- die een kind ervaart, een faktor kan zijn om de kinderen die het meeste risico lopen te identificeren. Zij ontwikkelden een stress-schaal voor kinderen van alcoholisten (COALES-schaal: Children of Alcoholics Life Events Schedule) die werd afgenomen bij studenten. De

resultaten van hun onderzoek wezen uit dat kinderen, die zichzelf identificeerden als kinderen van alcoholisten, meer negatieve en minder positieve gebeurtenissen in hun leven rapporteerden dan leeftijdgenoten die opgroeiden in niet-alcoholische gezinnen.
Het P.A. kan dus volgens de auteurs gezien worden als een chronische situatie die kan leiden tot een toename van stresserende gebeurtenissen zoals ouderlijke ruzies, kinderverwaarlozing, financiële problemen, ziekte en/of hospitalisatie van de ouders, ongevallen enz.
Volgens Werner (1986) tonen drie longitudinale studies aan dat kinderen van alcoholisten inderdaad een verhoogd risico lopen voor psychosociale problemen en dat dit risico groter is voor jongens en voor kinderen van een alcoholische moeder dan voor meisjes en kinderen van een alcoholische vader.

West en Prinz (1987) maakten een overzicht van studies -gepubliceerd tussen 1975 en 1985- over kinderen van alcoholisten om de relatie tussen P.A. en psychopathologie bij kinderen te verhelderen. Ze bundelden de resultaten van die onderzoekingen rond acht topics nl.

- hyperaktiviteit en gedragsstoornissen
- alcoholmisbruik, delinquentie en spijbelen
- cognitief funktioneren
- interpersoonlijk funktioneren
- somatische problemen
- emotioneel funktioneren (angst en depressie)
- kindermishandeling
- dysfunktionele gezinsinterakties

Het resultaat van hun literatuurstudie kan in één zin samengevat worden nl. dat P.A. ongetwijfeld ontwrichtend is voor het gezinsleven, maar het causale verband tussen P.A. en bepaalde specifieke stoornissen in de ontwikkeling van de kinderen is niet zo met zekerheid te stellen.
Een belangrijke tekortkoming is dat de onderzoekers hun aandacht eerder hebben gericht op bepaalde karakteristieken van kinder-

psychopathologie dan op geconfirmeerde diagnoses van specifieke kinderstoornissen. Valiede en betrouwbare vergelijkingen tussen de studies worden verder nog belemmerd door tal van methodologische problemen:

- de gebruikte steekproeven bv. te grote variaties in leeftijd tussen de kinderen (men maakte geen onderscheid tussen kinderen en adolescenten)
- er werden verschillende definities van 'alcoholisme' gehanteerd: slechts een minderheid van de studies gebruikte de DSM-criteria
- de informatiebronnen: vaak wordt slechts één bron (bv. of de ouders of de kinderen) gebruikt i.p.v. meerdere bronnen en officiële registraties (school, ziekenhuis, ...)
- de gebruikte onderzoeksmethoden: meestal interviews en vragenlijsten, en zelden systematische gedragsobservaties.

Bovendien hebben de onderzoekers andere gezins- en omgevingsfaktoren dan P.A. volledig verwaarloosd zoals bv. andere psychopathologie van één of beide ouders, de mate van desorganisatie van het gezin (conflicten, echtscheiding ...), de socio-economische status, de gezinsgrootte, de relatie van het kind met de niet-alcoholische ouder, de beschikbaarheid van hulpbronnen enz.
Deze dimensies kunnen <u>een verzwaring of een verlichting</u> teweegbrengen van de effekten van P.A. en bijgevolg zou er dus ruime aandacht aan besteed moeten worden.

Ondanks deze tekortkomingen konden West en Prinz (1987) de volgende conclusies formuleren:

a) Het geheel van de resultaten ondersteunt de bewering dat P.A. geassocieerd is met een verhoging van het voorkomen van symptomen bij de kinderen. Maar dit betekent <u>NIET</u> dat het grootste deel van COA onherroepelijk gedoemd zou zijn tot psychologische stoornissen! Er is een nood aan verder onderzoek over de individuele verschillen in deze groep kinderen en vooral over de specifieke faktoren die wel tot een positieve ontwikkeling leiden.

b) Wanneer er wel psychopathologische symptomen onderkend werden, was de meest voorkomende categorie die van de 'externaliserende' problemen. Gedragsstoornissen, aandachtsstoornissen (hyperaktiviteit) en lage prestaties op school zijn vaker verbonden met P.A. dan de 'internaliserende' problemen zoals sociale inadekwaatheid en somatisatie. Angst en depressieve symptomen waren wel geassocieerd met P.A.

c) Hét grote probleem van dit soort van onderzoek is het vooropstellen van causale relaties. Slechts één bewering lijkt aannemelijk te zijn nl. dat de aanwezigheid van een alcoholische ouder de gezinsinteracties en het gezinsfunktioneren op een ernstige manier ontwricht, wat op zijn beurt kan leiden tot psychopathologie bij de kinderen. Maar wat is dan hét kritieke aspekt van het dysfunktioneren in deze gezinnen?
Het kan bijv. echtelijke onenigheid zijn: zo is het mogelijk dat een alcoholisch gezin met een lage graad van echtelijke onenigheid geen problemen creëert bij de kinderen. Andere mogelijke kritieke faktoren zijn de verbroken gezinsroutine, inadekwate begeleiding en opvoeding van de kant van de ouders of de modeling van onaangepaste coping-stijlen.

d) Het is moeilijk om effekten bij het kind alléén aan het P.A. toe te schrijven, terwijl er binnen en buiten het gezin nog allerlei andere risicofaktoren aanwezig zijn, zoals bv. stressoren als echtscheiding, gezinsconflicten, verwaarlozing enz. West en Prinz vonden geen enkele studie die mogelijke groepsverschillen voor deze faktoren systematisch onderzocht had.

e) Een belangrijk punt dat men niet uit het oog mag verliezen is het ontwikkelingsniveau van het kind op het moment dat het geconfronteerd wordt met P.A. en hoelang dit blijft duren.

Burk en Sher (1988) beschrijven een viertal onderzoeksdomeinen i.v.m. COA, waaronder de verscheidenheid van negatieve gevolgen voor de kinderen wanneer ze opgroeien in een alcoholisch gezin, en dit afhankelijk van het ontwikkelingsstadium.

- Alcoholisme van de moeder tijdens de zwangerschap kan heelwat symptomen veroorzaken bij het kind zoals fysieke misvormingen en stoornissen in het centrale zenuwstelsel ('fetal alcohol syndrome'). Tholen e.a. (1988) wijzen erop dat juiste cijfers over het voorkomen hiervan niet te geven zijn.
- In de kleuterleeftijd wordt een verhoogd voorkomen van kindermishandeling gerapporteerd bij COA, maar een zuivere causale relatie met P.A. kan niet gelegd worden.
- In de schoolleeftijd worden COA gezien als een risicogroep voor gedrags- en aandachtsstoornissen.
- In de adolescentie zijn het symptomen van antisociaal gedrag, gedragsstoornissen en alcoholmisbruik die meer op het voorplan komen. Bij zonen van alcoholisten werden ook neuropsychologische deficieten vastgesteld zoals stoornissen in perceptuomotorische vaardigheden, in geheugen en taalprocessen. Deze kunnen op hun beurt problemen veroorzaken in de auditieve en visuele aandacht, in het begrijpend lezen en in informatieverwerkende processen in het algemeen. Sommige auteurs (Schaeffer e.a. 1984) zien deze neuropsychologische deficieten als mogelijke waarschuwingssignalen voor de latere ontwikkeling van alcoholisme.
- In de volwassenheid hebben de onderzoeken zich vooral toegespitst op de ontwikkeling van alcoholisme als een mogelijk gevolg van het opgroeien met P.A. De meeste studies ondersteunen de opvatting dat er een wisselwerking is tussen genetische en omgevingsfaktoren bij de ontwikkeling en het in stand houden van alcoholisme. Burk en Sher (1988, p. 289) formuleren de hypothese dat COA genetisch voorbestemd kunnen zijn voor alcoholisme of andere negatieve gevolgen kunnen vertonen die verbonden zijn aan P.A. Specifieke omgevingsfaktoren zouden dan bepalen welke specifieke symptomen optreden.

Beardslee e.a. (1986) besluiten uit een longitudinale studie (lopend over veertig jaren bij arbeidersgezinnen) dat de meeste stoornissen gevonden worden bij die COA die als volwassenen zelf

alcoholist werden. Hierbij moet vermeld worden dat ze alleen mannen onderzochten. De graad van blootstelling aan het alcoholisme van één of beide ouders gedurende de kindertijd correleerde hoog met alcoholmisbruik, doorgebrachte tijd in de gevangenis, sociopathie en een vroege dood. De auteurs vonden geen significante correlaties met een zwakke fysieke gezondheid, met egofunktioneren of met de graad van werkloosheid. Zij besluiten verder dat het opgroeien in een gezinsomgeving waar alcoholisme voorkomt, samen met een familiegeschiedenis van alcoholisme, bijdraagt tot de ontwikkeling van alcoholisme.

3.2. De weerbare COA

De ontwikkelingspsychologie toonde dat een veelheid van variabelen invloed heeft op het verwerken van een bepaald probleem. De ontwikkeling van een kind wordt steeds medebepaald door een veelheid van stressoren en van hulpbronnen, zowel buiten het kind als in het kind zelf (Vuyck, 1986). Voor COA die vanaf (of reeds vóór) hun geboorte een verhoogd risico lopen door een opeenstapeling en wisselwerking van moeilijkheden, is de kans dat ze zich gunstig zullen ontwikkelen uiteraard kleiner. Uit recente publikaties blijkt evenwel dat onderzoekers nu ook oog hebben voor die groep kinderen die het -ondanks hun blootstelling aan P.A.- toch goed stellen.

Werner (1986) kon op basis van een longitudinale studie een aantal protectieve faktoren identificeren, zowel in het kind zelf als in het opvoedingsmilieu. Deze differentieerden tussen COA die wel en die geen serieuze problemen ontwikkelden op de leeftijd van 18 jaar.
Protectieve karakteristieken in het kind zelf:

- temperamentskenmerken die een positieve aandacht wekken bij de ouders (of andere opvoeders);
- een gemiddelde intelligentie en adekwate communicatievaardigheden (in lezen en schrijven);
- een prestatiegerichte ingesteldheid;

- een verantwoordelijke, betrokken attitude;
- een positief zelfbeeld;
- een meer interne locus of control;
- een geloof in de mogelijkheid om zichzelf te helpen.

Protectieve kwaliteiten van het opvoedingsmilieu:

- veel aandacht van de primaire opvoeders tijdens de vroege kindertijd en de afwezigheid van een lange scheiding van de opvoeder;
- geen bijkomende geboorten in het gezin gedurende de eerste twee levensjaren;
- de afwezigheid van conflicten tussen de ouders gedurende de eerste twee levensjaren.

Deze protectieve faktoren werden ook -zij het in een wat andere vorm- gerapporteerd in studies bij andere hoge risicogroepen, zoals bv. bij andere psychopathologie van de ouders. Werner stelt dat ze empirisch bewijsmateriaal leveren voor een transactioneel model van de menselijke ontwikkeling dat zich baseert op een bidirectioneel, een tweerichtingsverkeer tussen het kind en zijn opvoeders. Werner besluit dat P.A. niet de enige risicofaktor is maar dat een samengaan van P.A., de opeenstapeling van stresserende levensgebeurtenissen en de protectieve faktoren in en buiten het kind, uiteindelijk verantwoordelijk is voor zowel een positief als een negatief ontwikkelingsproces bij de COA.

Een andere soort van weerbaarheid, nl. de weerbaarheid van het gezin als geheel tegen de intergenerationele transmissie van alcoholisme, werd onderzocht door Bennett en Wolin (1987, 1988). De meest gangbare opvatting over de intergenerationele transmissie van alcoholisme stelt dat er een wisselwerking is tussen genetische en omgevingsfaktoren. Bennett en Wolin (1987) onderzochten de socio-culturele faktoren die de transgenerationele transmissie van alcoholisme beïnvloeden. Ze beschrijven het transmissieproces als een zeer complex fenomeen dat bepaald wordt door een combinatie van genetische, psychologische, sociologische en culturele faktoren. Ze zochten naar patronen die

kunnen verklaren hoe het transmissieproces werkt. Hun bevindingen wijzen op een significante grotere transmissie van alcoholisme voor de zonen (en hun partners) dan voor de dochters (en hun partners) bij de onderzochte koppels. Om deze verschillen te kunnen verklaren onderzochten ze drie ontwikkelingsperioden: de ervaringen in het gezin van oorsprong; de partnerkeuze en de ervaringen in het gezin van oorsprong van de partner; de ontwikkeling van het eigen kerngezin. De auteurs komen tot de volgende conclusies:

- Zowel voor de dochters als voor de zonen biedt een 'selective disengagement' (een zich partieel losmakingsproces) t.o.v. de negatieve aspekten van het leven in hun alcoholisch gezin, een bescherming tegen transmissie. De nadruk ligt op het woord 'selective' omdat een totale breuk of seperatie t.a.v. hun gezin van oorsprong deze koppels niet noodzakelijkerwijze meer bescherming biedt tegen de transmissie van alcoholisme.
- De ervaring van intacte gezinsrituelen tijdens het opgroeien in hun gezin, biedt voor de zonen -die zouden blootstaan aan een groter risico voor alcoholtransmissie- een bescherming hiertegen. Dit betekent dat het gezin zelf in staat is om de rituelen (bijv. de viering van een verjaardag, een kerstfeest of zelfs gewoon de maaltijden, enz.) te beschermen tegen de destructiviteit van het alcoholisme van de drinkende ouder. Gezinsrituelen verwijzen naar belangrijke, onderliggende regulatiefunkties in het gezin, die verbonden zijn met de ontwikkeling en het behoud van de eigen gezinsidentiteit (Steinglass, 1988).
  Intacte gezinsrituelen ('subsumptiveness') helpen de kinderen beschermen tegen de negatieve invloeden en gevolgen van psychopathologie (alcoholisme) van een ouder. Het is de beste discriminerende faktor van 'non-transmitter-families': in deze gezinnen wordt de indringing of intrusie van geïntoxiceerd gedrag tijdens gezinsrituelen klaar en duidelijk verworpen.

- Bij hun partnerkeuze zijn de dochters uit alcoholische gezinnen het best gediend door iemand te kiezen die niet uit zo'n gezin komt. Zo kunnen ze een alternatief gezinsmodel leren kennen.
- Zowel voor de zonen als voor de dochters is het van bijzonder belang voor de mogelijkheid tot het zich losmaken van hun 'alcoholische gezinserfenis', dat ze een manier vinden van 'sociale losmaking' door o.a. een gelimiteerd contact met het alcoholbeladen gezin van oorsprong.

Samenvattend kunnen we stellen dat P.A. een belangrijke bron van stress is, die de ontwikkeling van de kinderen in gevaar brengt, zeker wanneer het P.A. voorkomt in combinatie met andere stressoren in en buiten het gezin en bij het kind zelf. Verder onderzoek zou meer klaarheid moeten brengen in en rekening houden met de andere gezinsstressoren, die geassocieerd voorkomen met P.A. zoals echtelijke conflicten, echtscheiding, psychopathologie bij de andere ouder, werkverlies, ziekten. Men zou ook oog moeten hebben voor protectieve faktoren in het gezin en bij de kinderen zelf, die dan de kinderen en hun gezin als geheel meer weerbaar maken, niet alleen tegen de transmissie van alcoholisme, maar ook voor andere problemen. Het belang van longitudinaal onderzoek moet onderstreept worden, dat antwoorden zal kunnen geven op belangrijke vragen i.v.m. de evolutie van COA, zoals bijv. of probleemkinderen ook probleemvolwassenen worden of niet; en of weerbare kinderen ook in hun volwassenheid weerbaar zullen blijven.

4. Aanpak van de problematiek van COA

Er zijn vele publikaties die handelen over hulpverlening aan kinderen, adolescenten en volwassenen, die opgroeiden in een 'alcoholisch gezin'. Deze hulpverlening bestaat in vele vormen: preventieprogramma's, praatgroepen, psychotherapie tot zelfs 'bibliotherapie' toe. Vooraleer we hierop ingaan, vragen we ons eerst af wat het voor COA kan betekenen om gelabeld te worden als 'COA'.

4.1. De labeling als 'COA'

Burk en Sher (1988) stellen vast dat de effekten van een labeling van 'een verhoogd risico lopen' zelden beschreven werden en nog minder onderzocht. Het label 'alcoholist' heeft een sterke negatieve bijklank, maar de mate waarin COA 'aangetast ' worden door het label van hun ouders is onbekend.
Het kan een beladen woord geworden zijn door de vaak geciteerde empirische bewijzen dat COA een verhoogd risico lopen voor problemen.
Maar, zo stellen de auteurs, een classificatie van risicokinderen op eender welke dimensie helpt hen niet noodzakelijk vooruit, zeker niet wanneer men mogelijke overgangen van een risico- naar een niet-risicostatus over het hoofd ziet, en dit is zeker het geval voor de COA.
Ze vermelden een studie (Horowitz et al., 1980) die aantoont dat mensen aan hun verhoogde risico herinneren voor een hartziekte wel positieve effekten heeft want ze passen hun levensstijl aan (vb. eet- en rookgewoonten) zodat ze hun risico verkleinen. Maar dit geldt niet automatisch voor COA want ze hebben niet veel invloed op de faktoren die hen het meeste risico doen lopen nl. het problematische drinkgedrag van hun ouder(s) en hun genetisch erfmateriaal. Ze kunnen hun risico-status wel proberen te veranderen door hun perceptie te wijzigen van het drinkgedrag van hun ouder(s) of door zelf niet te drinken. De mogelijke negatieve invloed (stigmatizering en een vermindering in zelfwaardering) van het gelabeld worden als een persoon die een verhoogd risico loopt voor het vertonen van psychopathologie is groter dan voor het vertonen van een hartziekte (d.i. veel neutraler). Verder zou een labeling van buitenaf voor sommige personen ook kunnen werken als een zelf.

De zelflabeling als COA kan, volgens de auteurs, wel positieve effekten hebben doordat men zijn emotionele problemen kan plaatsen en schuldgevoelens kunnen verminderen. Maar er is ook een gevaar voor oververalgemening zodat het zichzelf labelen als COA kan leiden tot een onaangepaste ontkenning van een persoonlijke ver-

antwoordelijkheid op de huidige belangrijke levensgebieden. Om al deze redenen is het zo belangrijk dat hulpverleners oog zouden hebben voor mogelijke gevolgen van hun interventies bij COA, zeker als ze geen psychopathologie vertonen.

4.2. Hulpverlening aan COA

Uit het voorgaande is gebleken dat P.A. een risicofactor is voor de ontwikkeling van de kinderen in deze gezinnen. Alle hulpverlening aan COA zal zich dan ook moeten richten op het handhaven en/of herstellen van het evenwicht van stressoren en hulpbronnen. M.a.w. moeten interventies gericht worden op het verminderen van de oorzaken van stress en op het versterken van potentiële hulpbronnen of protectieve factoren. Een ander belangrijk aspect van de hulpverlening aan COA is dat men de kinderen langs verschillende kanalen moet proberen te bereiken, zonder hen het label 'kind van een alcoholist' mee te geven. We gaan nu een aantal van deze kanalen bespreken.

De school is ongetwijfeld het instituut met de laagste drempel voor kinderen. Naast het louter overbrengen van leerstof, heeft de school nog meerdere taken die voor COA van belang kunnen zijn:

1) de sociale schoolwereld van leerkrachten en leeftijdsgenoten is een vaak vergeten bron van stress of steun voor kinderen bijv. de mate waarin een kind aansluiting vindt op school bepaalt voor een groot deel of de school steun- of stressfactor is
2) de screening van probleemkinderen: bij kinderen met gedragsproblemen is dit vaak overduidelijk, maar leerkrachten moeten ook oog hebben voor de kinderen die subtielere signalen uitzenden van thuisproblemen zoals bijv. regelmatig hun huiswerk niet maken of oververmoeidheid in de klas. Het is belangrijk dat leerkrachten dit niet onmiddellijk toeschrijven aan luiheid of onwil van het kind, maar dat ze ook openstaan voor andere mogelijke oorzaken. Luisterbereidheid en begrip naar

het kind toe, met een aangepaste doorverwijzing naar bijv. PMS toe zijn waardevolle stappen in de hulpverlening aan COA.

3) het geven van educatieve preventieprogramma's rond alcohol en alcoholisme, die ook voor alle schoolkinderen (en niet alleen voor geïdentificeerde COA!) algemene informatie geven over P.A. en de toegankelijkheid faciliteren naar mogelijke hulpverleningsinstanties. Niet alleen het vernoemen maar ook het localiseren van bijv. Alateen-zelfhulpgroepen is voor COA een zeer waardevolle steun.

Bij de eerste lijnshulpverlening is de huisarts een centrale figuur om probleemkinderen (dus ook COA die problemen hebben) te identificeren en binnen 'alcoholische' gezinnen de ontkenning van het alcoholisme en de aanverwante problemen in vraag te stellen. In het bijzonder voor kinderen en jeugdigen zouden er inspanningen moeten geleverd worden voor een lage drempelhulpverlening. De kindertelefoon kan in crisismomenten een grote steun zijn. Ambulante en residentiële hulpverlening aan kinderen en jeugdigen kan hen -en dus ook COA- het best helpen door hen een aangepaste behandeling te geven voor de problemen die ze vertonen. Deze hulpverleners zouden wel een algemene kennis moeten hebben over alcohol, (P) alcoholisme en de effecten hiervan op het gezin.

In de ambulante of residentiële behandeling van de ouders voor alcoholisme zou men ook systematisch aandacht moeten besteden aan de kinderen. We pleiten dus voor een geïntegreerde aanpak van de alcoholist, zijn partner en de kinderen. De hulp aan de kinderen kan zowel rechtstreeks als onrechtstreeks gebeuren:

- onrechtstreeks: d.w.z. via de ouders de kinderen helpen. Door de ouders te helpen om zichzelf als subsysteem sterker te maken, door hen te helpen werken aan hun partnerrelatie en door de manier waarop ze hun ouderrol opnemen bespreekbaar te stellen. Aan ouders die verder gevorderd zijn in hun therapieproces zou men een ouderbegeleiding -eventueel in groep- kunnen aanbieden,

waar alle mogelijke aspecten van het opvoedingsproces in hun gezin aan bod kunnen komen. De allereerste stap moet de erkenning inhouden dat de taak van alle ouders moeilijk is, zodat het begrijpelijk en aannemelijk is dat niet alles van een leien dakje loopt.

- rechtstreeks: aan alle kinderen (ook adolescenten en misschien zelfs ook volwassen kinderen) van wie ouders in behandeling zijn voor alcoholisme zou men de gelegenheid moeten bieden (dus vrije keuze laten!) om via individuele of groepsgesprekken degelijke informatie te krijgen over alcohol en alcoholisme. Vele kinderen die de neiging hebben om de problemen rond P.A. te ontkennen kunnen via deze informatieve gesprekken bereikt worden. Men moet ook de mogelijkheid bieden tot begeleiding, want de kinderen hebben -evenals volwassenen- de behoefte dat er naar hen geluisterd wordt, dat hun gevoelens erkend en aanvaard worden, dat ze ernstig genomen worden, zonder dat men direct aan psychotherapie moet doen!
  Voor de kinderen met specifieke problemen is een doorverwijzing naar een aangepaste, deskundige hulpverlening voor deze problemen noodzakelijk.

Discussie

De hele sociale en therapeutische beweging die de laatste jaren is losgebarsten in de Verenigde Staten rond COA suggereert dat alle COA -nu of later- gedoemd zijn om enige vorm van psychopathologie te vertonen, die te wijten is aan het opgroeien in een alcoholisch gezin.

De onderzoeksliteratuur stelt daarentegen dat er geen causale verbanden gevonden zijn. Het enige causale verband dat zonder meer gesteld mag worden is dat parentaal alcoholisme het gezinsleven verstoort en ontwricht en dat dit een risicosituatie betekent voor de kinderen die in zulk gezin opgroeien. Vooral vanuit de practijk verwacht men antwoorden op vele vragen, die verdere onderzoeken zouden kunnen aanbieden.
Bijv. welke zijn de meest stresserende en ontwrichtende factoren in deze gezinnen, die het meest risico inhouden voor de kinderen? Wat zijn de beschermende factoren, zowel voor het opgroeien van de kinderen als voor de intergenerationele transmissie van alcohol? Hoe kunnen we als hulpverleners deze beschermende factoren helpen bevorderen, zowel voor het gezin als geheel, de ouders én de kinderen?

Het is niet voldoende om de 'vergeten kinderen' niet meer te vergeten, ze moeten ook op een aangepaste wijze geholpen worden; langs zoveel mogelijk kanalen bereikt worden, zonder dat ze als COA gelabeld worden. Een lage drempel hulpverlening voor kinderen en jeugdigen zou vooral het accent leggen op <u>het weerbaar maken</u> van deze jongeren voor de stress en de crisissen, die ze ervaren in hun ontwrichtte gezinnen.

BEARDSLEE W.R., SON L., VAILLANT G.E. (1986). Exposure to parental alcoholism during childhood and outcome in adulthood: a prospective longitudinal study. British Journal of Psychiatry, 149, 584-591.

BLACK C. (1982). It will never happen to me. Denver, M.C.A.

BROWN S. (1988). Treating Adult Children of Alcoholics. A Developmental Perspective. New York, John Wiley.

BURK J., SHER K. (1988). The "forgotten children" Revisited: Neglected Areas of COA research. Clinical Psychology Review, 8, pp. 285-302.

CORK M. (1969). The Forgotten Children. Ontario, General Publishing Company.

KRITSBERG W. (1986). The Adult Children of Alcoholics Syndrome. From Discovery to Recovery. Florida, Health Communications.

MANNING D.T. (1987). Books as therapy for Children of Alcoholics. Child Welfare, 66; 1, pp. 35-43.

MESTERS F., KNIBBE R., BUISMAN W., KOK G. (1987). Alcohol- en drugsvoorlichting in het voortgezet onderwijs. Tijdschrift voor alcohol en drugs, 13, 4, pp. 122-128.

ROOSA M., SANDLER I., GEHRING M., BEALS J., CAPPO L. (1988). The Children of Alcoholics Life-Events Schedule: A Stress Scale for Children of Alcohol-Abusing Parents. Journal of Studies on Alcohol, 49, 5, pp. 422-429.

RUSSELL M., HENDERSON C., BLUME S.B. (1984). Children of Alcoholics: A Review of the Literature. New York: Children of Alcoholics Foundation.

STEINGLASS P., BENNETT L., WOLIN S., REISS D. (1987). The Alcoholic Family. New York, Basic Books.

THOLEN J., SIERO S., KOK G. (1988). Gevolgen van alcoholgebruik tijdens de zwangerschap. Tijdschrift voor alcohol en drugs, 14, 2, pp. 41-49.

VUYCK R. (1986). Opgroeien onder moeilijke gezinsomstandigheden. Amersfoort, Acco.

WEGSCHEIDER S. (1981). Another chance: Hope and Health for the Alcoholic Family. Palo Alto, Science and Behavior Books.

WERNER E. (1986). Resilient Offspring of Alcoholics: A Longitudinal Study from Birth to Age 18. Journal of Studies on Alcohol, 47, 1, pp. 34-40.

WEST M., PRINZ R. (1987). Parental Alcoholism and Childhood Psychopathology. Psychological Bulletin, 102, 2, pp. 204-218.

WHITFIELD C. (1987). Adult Children of Alcoholics and Impaired Professionals. Maryland Medical Journal, 36, 3, pp. 258-259.

WOITITZ J. (1983). Adult Children of Alcoholics. Florida, Health Communications.

WOLIN S., BENNETT L., NOONAN D., TEITELBAUM M. (1980). Disrupted family rituals: A factor in the intergenerational transmission of alcoholism. Journal of Studies on Alcohol, 41, pp. 199-214.

WOLIN S., BENNETT L. (1984). Family rituals. Family process, 23, pp. 401-420.

JONGE DRUGGEBRUIKERS IN HET GEZIN

Wim Meyvis

KOMPLEXITEIT VAN WEDERZIJDSE BEINVLOEDING TUSSEN DE JONGE DRUGGEBRUIKER EN ZIJN OMGEVING (GEZIN,FAMILIE,BUURT,...)

In het kader van deze uiteenzetting wil ik trachten om, vanuit een bepaald model, nl. het systeem- en kommunikatiemodel, een inzicht te geven in het komplexe geheel van invloeden die spelen bij druggebruik bij jongeren.
Het ligt niet in mijn bedoeling U pasklare antwoorden te geven op hoe je ermee kan omgaan. Immers, invloed kan pas zichtbaar worden door het gedrag dat mensen stellen, en vermits er zoveel mogelijke gedragingen zijn, zou ons dit te ver leiden.
Tevens wil ik trachten het niet louter theoretisch te houden, maar voornamelijk vanuit mijn praktijkervaring. Voor de theoretische denkbeelden omtrent invloed bestaat er mijns inziens voldoende literatuur die in een degelijke bibliotheek steeds te raadplegen is.
De kijk die ik U hier geef, is mijn kijk als hulpverlener in een residentieel opvangcentrum voor mensen met verslavingsproblemen.

Zoals U misschien wel zal weten, werd vroeger, 10 à 15 jaar geleden, druggebruik nog voornamelijk als een individueel probleem gezien en ook als dusdanig behandeld. De gebruiker werd uit z'n milieu genomen, in een kliniek of een gespecialiseerd centrum opgenomen en verder werd er alleen met hem gewerkt en was het de zaak van de 'specialisten' in de instelling om betrokkene van zijn gebruik af te helpen. Gelukkig is dit, heden ten dage, al sterk geëvolueerd naar een meer geïntegreerde aanpak.
Men kwam immers meer en meer tot de overtuiging dat druggebruik bij jonge mensen niet kan herleid worden tot het probleem van één individu en dat het wel zou opgelost zijn wanneer het gebruik stopte.
Gebruik speelt zich immers af binnen een bepaalde kontekst, een omgeving, d.w.z de gebruiker maakt deel uit van een gezin, een familie, de buurt waarin het gezin woont,...
Je kan onmogelijk de gebruiker uit z'n omgeving nemen en doen alsof die kontekst niet meer bestaat. Hierdoor zou je de wederzijdse invloed die mensen op elkaar in die bepaalde kontekst uitoefenen, negeren. Als hulpverlener kom je dan mee terecht in de spiraal van negaties die, binnen die bepaalde kontekst, reeds op gang is.
Men ging dan ook, meer en meer, met het gezin werken om aan de verslaving een einde te kunnen stellen.
Ik wil er hier dan ook de nadruk opleggen dat druggebruik nu ook weer niet te herleiden is tot enkel en alleen een gezinsprobleem. Het gezin zal immers mede de invloed ondergaan van de zogenaamde 'sociale perspektieven'(= hoe kijkt de buitenwereld naar drugs en druggebruik).
Door het enkel op het gezin te betrekken, loop je het gevaar

nog meer schuld te induceren dan er reeds aanwezig is (ouders zullen zich steeds de vraag stellen waar zij gefaald hebben in hun opvoeding). Ruimer gaan kijken naar normen, waarden en regels (en hoe mensen daardoor beïnvloed worden) is één van de mogelijkheden om te ontschulden. Verder zal ik hier nog op terugkomen.

Als systeemtherapeut ga ik er vanuit dat druggebruik symptoomgedrag is, m.a.w via het gebruiken van een drug wil de symptoomdrager (hij die gebruikt) andere dingen aangeven. Als dusdanig is het een uiting, niet van een individuele ziekte, maar van een systeem dat niet naar behoren funktioneert. Uiteraard is druggebruik symptoomgedrag dat, eens het zichtbaar, serieus wat impakt heeft op het ganse systeem. Gaande van komplete verbazing en ontzetting tot agressie tegen de symptoomdrager.
Heel dikwijls is het gezin de eerste plaats waar dit gedrag tot uiting komt. Meestal is er dan ook niet direkt sprake van symptoomgedrag, maar eerder van 'pedagogische problemen'.
vb. Jan, 16 jaar, begint te spijbelen op school.
of
Jan, 17 jaar, sluit zich op in z'n kamer, zit de hele tijd met de koptelefoon op het hoofd, en waar hij voordien al eens hielp in het huishouden, steekt hij nu geen hand meer uit.

Meestal zal dit gedrag dan ook niet direkt met druggebruik verbonden worden, maar eerder met de moeilijke periode die iedere jong-volwassene meemaakt.
In deze fase is het alleen het gezin dat hinder ondervindt van dit gedrag.
Om het evenwicht in het gezin te herstellen, zal men dan ook eerder pedagogische maatregelen nemen, die er voornamelijk op gericht zijn de 'weerbarstige' zoon of dochter tot de orde te roepen (vb. inhouden van zakgeld, een uur stellen waarop hij/zij thuis moet zijn,...). En op zich zijn dit ook normale reakties, maar dikwijls merkt men dan na verloop van tijd dat ze eerder een tegengesteld effekt zullen hebben dan hetgene men beoogt.
Geleidelijk aan krijg je dan ook een 'destabilitatie' van het gezinsleven, terwijl men binnen het gezin juist al het mogelijke zal doen om tot 'stabilisatie' te komen.
Zo kan het bv. gebeuren dat andere kinderen taken en funkties van het 'afwijkende' kind (afwijkend in de zin van niet beantwoorden aan de gezinsregels) gaan overnemen. Of dat andere kinderen binnen het gezin een andere rol op zich gaan nemen.
vb. Een gezin met 6 kinderen, waar de tweede jongste reeds 3 jaar heroine gebruikt.
Vader is nog wel aanwezig in het gezin, maar heeft zich steeds afzijdig gehouden van de problemen die zich in het gezin stelden. Dat was kennelijk het terrein van moeder, maar na enige tijd bleek dat, t.a.v. het gebruik

van de tweede jongste, de oudste zoon de rol van vader had overgenomen.
Binnen de kontekst van een therapeutische setting zal het dan ook belangrijk zijn aandacht te hebben voor de rollen en funkties die er binnen het gezin heersen. Zij zijn dikwijls mede-bepalend voor het in stand houden van de 'symptomatische' gezinsstruktuur.

SOCIALE PERSPEKTIEVEN.

Naarmate er een escalatie komt van de gezinsproblemen, krijgt het gezin ook meer en meer te maken met de 'buitenwereld'. Waar zij voordien , in hun eigen kleine systeem al te maken kregen met 'sociale perspektieven'- immers, hoe anderen naar druggebruik kijken, zal reeds van bij het begin invloed hebben op hoe ouders bv. het gedrag van zoon/dochter trachten te korrigeren- zal het gezin bij een stijgend druggebruik meer met deze sociale perspektieven gekonfronteerd worden.
Uiteraard speelt hier ook de eigen geschiedenis van de ouders een rol (uit welk gezin zij komen, hoe zij werden opgevoed, welke normen en waarden zij meekregen,...).
Wanneer ik kijk naar mijn eigen ervaring, merk ik steeds meer hoe 'de kijk van anderen' invloed heeft op het funktioneren van het gezin, maar dat het gezin zich niet steeds bewust is van deze 'sociale perspektieven'.
Als hulpverlener kan je dan ook heel goed met deze ruimere maatschappelijke kijk werken, waardoor je het gezin kansen geeft om wat opgeluchter te ademen.
Om aan te geven hoe sterk de maatschappelijke normen en waarden kunnen spelen, geef ik hierbij enkele voorbeelden uit mijn eigen ervaring.

- Een gezin met twee kinderen, waarvan de zoon (die tevens de oudste is) reeds een 4-tal jaren heroine gebruikt. Moeder, die in haar huis reeds verscheidene huiszoekingen door de politie moest ondergaan, durft niet meer in de buurtwinkels te gaan winkelen, maar gaat naar een naburig dorp waar men haar niet kent.

- Op familiebijeenkomsten wordt aan de ouders van Peter (Peter is 19 jaar en gebruikt al enkele jaren amfetamines) steeds gevraagd hoe het met Peter is (het is al ongeveer 1,5 jaar geleden dat Peter nog mee op familiebezoek ging). Om niet te moeten vertellen wat er werkelijk met Peter aan de hand is, vertellen vader en moeder telkens één of ander ekskuus dat de afwezigheid van Peter kan verantwoorden. In een gesprek met de ouders en Peter blijkt echter al snel hoe vermoeiend dit is voor de ouders.

Uiteraard zullen niet alleen de ouders, maar ook de 'gebruiker' zelf invloed ondervinden van deze maatschappelijke kijk op druggebruik.

Tot slot, en om het geheel nog wat ingewikkelder te maken, is er dan ook nog, wanneer het tot een opname komt, de invloed die je als hulpverlener hebt op het gezin. Immers, een opname heeft steeds iets van 'we kunnen het zelf niet meer aan en komen ten einde raad dan maar bij U'. De hulpverlener is de deskundige en als dusdanig ben je diegene die het 'systeem' gaat begeleiden in het oplossen van de problemen, maar niet in hun plaats. Het lijkt mij dan ook belangrijk te zijn dat je steeds rekening houdt met de leden van het systeem die niet opgenomen zijn. Zo is het bv. niet alleen belangrijk het akkoord van de kliënt te hebben voor opname, maar ook dat van de ouders. Ondanks (of misschien dankzij) de verschillen in het gezin, zullen de gezinsleden zich steeds loyaal gedragen t.a.v. elkaar. Wanneer je dan niet de gezamenlijke goedkeuring hebt betreffende een opname, zal je waarschijnlijk snel moeten vaststellen dat er geen of weinig vooruitgang geboekt zal worden (dikwijls wordt er dan gezegd 'hij wil niet meewerken').

Met deze korte uiteenzetting heb ik getracht U enig inzicht te verschaffen in de komplexe wereld van wederzijdse invloed die mensen op elkaar uitoefenen. Voor diegenen onder U die vertrouwd zijn met de theorie van het systeem-en kommunikatiemodel, klinkt dit allemaal niet nieuw. Voor de anderen hoop ik dat zij door deze uiteenzetting geïnteresseerd raken en hier misschien meer over gaan lezen.

Wim Meyvis, Maatschappelijk werker-Systeemtherapeut.

Preventie van alcohol- en andere drugproblemen.

M.Geirnaert

Preventie is al te vaak als zeer gemakkelijk voorgesteld. Met een folder, een affiche, met een jaarlijkse kampagne, dacht men de mensen te overtuigen om hun gedrag te veranderen. Was het maar zo eenvoudig.
We leven in een maatschappij waarin genotsmiddelen een vrij centrale plaats innemen en waarin voortdurend keuzen met betrekking tot het gebruik van die middelen moet worden gemaakt.
Preventie van alcohol- en drugproblemen staat niet voor abstinentie, maar voor verstandig leren omgaan met genotsmiddelen, zodat daaruit geen problemen ontstaan. We moeten dus vooral een onderscheid maken tussen gebruik en misbruik. Een moeilijk onderscheid. Een voorbeeld: een avondje uit waarbij vier pintjes of vier glazen wijn worden gedronken is niet noodzakelijk misbruik, maar als je na deze hoeveelheid alcohol in de wagen stapt, kan dit fataal zijn.
Preventie staat dus niet voor rechtlijnige, eenduidige boodschappen, maar voor nuanceringen, het leren beoordelen van een totaalsituatie, waarin de mens, de drug en de omstandigheden in rekening moeten gebracht worden, waar ook persoonlijke vrijheid en verantwoordelijkheid, waar verantwoordelijkheid voor anderen, meespelen.
Er is de laatste decennia heel wat onderzoek gebeurd naar de redenen waarom mensen drugs gebruiken en misbruiken, en hierrond zijn een aantal theorieën ontstaan. We moeten daar echter uit afleiden dat er geen enkele oorzaak of reeks van oorzaken kan worden geïdentificeerd die aanleiding geven tot een drugprobleem. Het is immers steeds een combinatie van faktoren die aanleiding KUNNEN geven tot een probleem. En dat maakt preventie ontzettend moeilijk.
De Engelse auteur Keith Tones geeft naar mijn mening de meest volledige analyse van faktoren die een drugprobleem doen ontstaan.(zie schema) De persoon P staat centraal in zijn analyse. Rondom hem staan een aantal faktoren gegroepeerd die samen bepalen of die persoon al dan niet een drugprobleem zal ontwikkelen.
Het DRUGAANBOD, de beschikbaarheid van drugs, is een eerste aspekt in dit schema. Er moet immers een drug bestaan om

een drugprobleem te geven. Maar de drugs op zich vormen slechts één onderdeel van het geheel.
Het GEZIN vormt een ander onderdeel. Gezien het thema : acohol, drugs,...en het gezin, wil ik nu vooral bekijken welke invloed het gezin heeft op het druggebruik en welke mogelijkheden het gezin heeft om problemen in verband met alcohol en drugs te voorkomen.
Kinderen vormen zich reeds heel vroeg een mening over alcohol en andere drugs. Het voorbeeldgedrag van de ouders, de manier waarop in het gezin bijvoorbeeld met alcohol wordt omgegaan, nemen kinderen van jongsaf aan in zich op en wordt als norm, als normaal en vanzelfsprekend, overgenomen.
Wanneer in het gezin dagelijks alcohol wordt gedronken, dan zullen kinderen dagelijks gebruik vanzelfsprekend vinden.
De eerste ervaringen van jongeren met alcohol vinden ook meestal in familieverband plaats, naar aanleiding van een familiefeest, als teken dat men oud genoeg is om met de volwassenen mee te drinken. Die eerste ervaring wordt dus vanuit het gezin positief ondersteund.
Het drinkgedrag van de volwassenen, dat kinderen van kleinsaf observeren, en de houding van de volwassenen tegenover alcohol, bepalen in grote mate de manier waarop kinderen over alcohol denken.
Datzelfde geldt voor medikatie. De manier waarop thuis met ongemak en pijn wordt omgegaan, wordt door de kinderen gewoon verdergezet. Ook voor tabak zien we dezelfde invloed van het thuismilieu.
Het voorbeeldgedrag, het eigen gedrag met betrekking tot genotsmiddelen, is dus ontzettend belangrijk. Betekent dit dan dat je als ouder geen alcohol of andere drugs mag gebruiken? Ik geloof het niet. We leven immers in een samenleving vol genotsmiddelen, en door observatie van de omgeving, via de media, via vrienden, komen jongeren hoe dan ook in kontakt met deze middelen. Het is belangrijk dat ze zich voordien, voor ze zelf gaan gebruiken, reeds een gezonde mening hebben gevormd over gebruik en misbruik. En het is vooral hier dat een belangrijke opvoedingstaak is weggelegd.
Hoe kan dit konkreet gebeuren?
Op de eerste plaats is het nodig dat ouders hun eigen

gebruik van alcohol en andere drugs kritisch evalueren. Heel vaak is men zich niet bewust van zijn eigen konsumptiegedrag met betrekking tot genotsmiddelen.
Daarnaast is het belangrijk dat het eigen gebruik en de persoonlijke houding tegenover genotsmiddelen bespreekbaar is. Op die manier merken kinderen dat alcohol en ander druggebruik niet als vanzelfsprekend wordt beschouwd, maar berust op keuzes die an naargelang van de situatie worden afgewogen. Bijvoorbeeld: je drinkt geen alcohol als je met de wagen rijdt, je drinkt geen alcohol tijdens het werk. Door dit te bespreken merken kinderen dat alcoholgebruik niet altijd en overal kan en moet.
Op het ogenblik dat jongeren zelf alcohol of andere drugs gaan gebruiken, is er een traditie van bespreekbaarheid, is het een normaal verschijnsel dat ook het gebruik van de jongere wordt besproken en kunnen specifieke risicosituaties en risicogedrag gemakkelijker aan bod komen.
Op dit ogenblik zien we echter dat het alcohol- en ander druggebruik van de ouders vaak een taboe onderwerp is in het gezin, met als gevolg dat jongeren het ook niet nemen dat hun gedrag wordt bekritiseerd. Dit betekent wel een zo vroeg mogelijk beginnen om een dergelijke traditie uit te bouwen, en het betekent ook een kritische houding tegenover het eigen gebruik van alcohol en andere drugs.
Het gezin heeft dus een rechtstreekse invloed op het alcohol- en druggebruik van jongeren en beïnvloedt op die manier ook de KENNIS en vooral de OPVATTINGEN van jongeren over alcohol- en druggebruik.
Maar je kan natuurlijk stellen dat de invloed van het gezin ook beperkt is, dat op het ogenblik dat jongeren alcohol en andere drugs zelf gaan gebruiken, ze dit samen doen met vrienden, buitenshuis, en daar heb je als ouder nog heel weinig zicht op.
De invloed van de VRIENDENGROEP wordt in de adolescentie-periode steeds groter en het is vooral in de groep van vrienden en leeftijdsgenoten dat men gaat experimenteren.
Toch loopt dat leven met de vrienden niet altijd op rozen. Er is groepsdruk, er is de strijd om aanzien en respekt in de groep, er bestaan onzekerheden omtrent de omgang met het andere geslacht, enz.

Dit kan bij de jongeren heel wat stress en ongemakken veroorzaken, die zij als grote problemen kunnen ervaren. Wanneer jongeren thuis steun ervaren bij hun frustraties, wanneer ze thuis terecht kunnen met hun onzekerheden en angsten, dan vormt dit een gezonde basis om frustraties te kunnen verwerken.
In de vriendengroep gaan jongeren ook experimenteren, ze gaan nieuwe zaken uitproberen, grenzen verleggen, onder meer experimenteren met alcohol en drugs.
De reaktie van de ouders op dit gedrag is ontzettend belangrijk. De eerste pint wordt thuis vaak aangemoedigd, en zelfs de eerste dronkenschap vinden we meestal niet zo erg, maar bij een eerste hasj sigaret, of een kennismaking met heroïne, wordt gereageerd met paniek. Onmiddellijk komt het beeld van de zwaar verslaafde junkie naar boven, terwijl de meeste jongeren, die met illegale drugs experimenteren, het na een paar keer voor bekeken houden en slechts een kleine groep doorgaat met gebruiken. Het illegale, het taboe rond illegale middelen en de eigen waarden en normen, doen volwassenen in paniek slaan, terwijl een dergelijke reaktie voor de jongere voldoende reden kan zijn om ermee door tegaan.
Wanneer echter de thuissituatie zodanig open is dat jongeren er terecht kunnen met hun ervaringen, waar ze ook negatieve ervaringen kunnen komen vertellen, zonder op hun kop te krijgen, zonder na de negatieve ervaring nog eens overladen te worden met negatieve reakties (en sankties), dan is dit een ideaal moment om over die ervaring te spreken, om de risico's ervan (in de eerste plaats de wettelijke risico's) te bespreken. Dit sluit veel meer aan bij de ervaring en de noden van de jongere en geniet meer geloofwaardigheid.
Hiervoor is het als ouder nodig dat je kunt omgaan met je eigen angsten en dat je ook over voldoende informatie beschikt om objectief over de risico's te praten.
PERSOONLIJKHEIDSFAKTOREN zijn eveneens mede bepalend of een persoon al dan niet een drugprobleem gaat ontwikkelen.
Onzekerheid,schuchterheid,zichzelf willen bewijzen,...kunnen redenen zijn waarom jongeren alcohol of andere drugs gebruiken. Ook de manier waarop men ontgoochelingen,

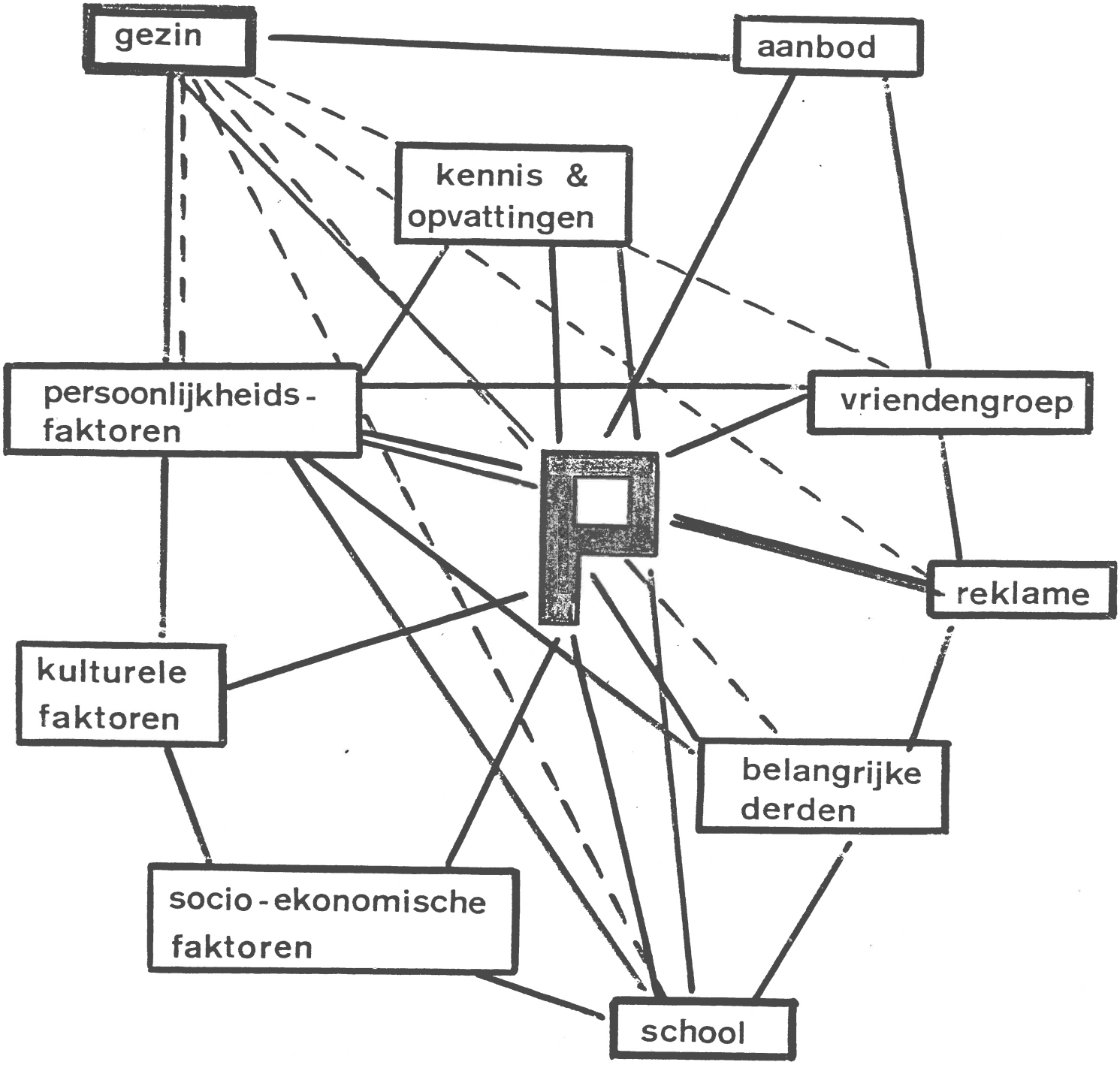
frustraties en tegenslagen verwerkt, evenals het beeld dat men als jongere van zichzelf heeft, bepalen dit.
Het droombeeld dat de ouders hebben van hun kinderen en de ambities die ze koesteren, kunnen een negatief zelfbeeld bij het kind doen ontstaan, wanneer hij of zij daar niet aan beantwoordt. Kinderen met een negatief zelfbeeld gaan veel sneller een alcohol- of drugprobleem ontwikkelen.
Het gezin heeft hier dus een belangrijke ondersteunende rol bij de persoonlijkheidsontwikkeling van jongeren. De manier waarop de mogelijkheden van kinderen worden ondersteund en gestimuleerd, de kansen die kinderen krijgen om zich te ontplooien, de manier waarop met beperkingen wordt omgegaan, enz. zijn belangrijke aspekten in de preventie van alcohol- en andere drugproblemen.
BELANGRIJKE DERDEN en REKLAME hebben eveneens een invloed op het druggebruik van jongeren.
Belangrijke derden kunnen idolen zijn uit de sportwereld, uit de wereld van de muziek of het zijn oudere vrienden of volwassenen waarvoor men respekt heeft, waar men naar opkijkt en wiens gedrag men probeert te imiteren. Het alcohol- en druggebruik van deze belangrijke derden beïnvloeden het gedrag van jongeren aanzienlijk.
Hetzelfde geldt voor reklame. De sfeer die alcohol en tabak omringt is voor jongeren erg aantrekkelijk om uit te proberen. Jongeren zijn immers op zoek naar modellen om zich aan te spiegelen en om hun eigen identiteit vorm te geven. Zij zijn daarin zeer weinig kritisch. Het bespreekbaar maken van het gedrag van die modellen in al zijn aspekten, wat niet betekent afbreken of bekritiseren, maar het leren kritsch kijken naar idolen, met hun goede en slechte kanten, helpt jongeren in het leren kritisch zijn ten opzichte van het eigen gedrag. En zoiets kan in het gezin gebeuren.
Ook is het belangrijk jongeren attent te maken op drugvrije modellen, bv. sportfiguren die niet roken of drinken omwille van hun prestaties; dit helpt jongeren een ruimer en meer genuanceerd beeld te krijgen van de betekenis van drugs in hun omgeving.
Ook de SCHOOL heeft een invloed op het alcohol- en druggebruik van jongeren. In de school vinden jongeren een

groep van leeftijdgenoten, waarmee men nieuwe ervaringen wil opdoen en soms met alcohol en drugs gaat experimenteren.
Langs de andere kant wordt op school ook aan alcohol- en drugpreventie gedaan.
In de basisschool wordt met gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) de basis gelegd voor aandacht voor gezondheid, het leren opnemen van zelfverantwoordelijkheid, het leren nemen van beslissingen, enz. Daar worden reeds heel wat pogingen ondernomen om GVO op school en GVO thuis op elkaar te laten aansluiten. Zo worden bijvoorbeeld specifieke aktiviteiten uitgewerkt met de kinderen om de ouders bij de aktiviteiten van de school te betrekken en om de informatiedoorstroming tussen het schoolmilieu en het thuismilieu te aktiveren. Ook worden vanuit de oudercomités pogingen ondernomen om de ouders rond GVO op school te informeren.
In het secundair onderwijs verloopt GVO nog niet zo gestruktureerd als in de basisschool maar ook hier worden wel wat initiatieven genomen om alcohol- en drugpreventie met de leerlingen aan bod te brengen. Dat het ook hier belangrijk is om de brug te slaan tussen de preventie die op school plaatsvindt en de thuissituatie is evident, en in de namiddagsessie over preventie zal hierop verder worden ingegaan en zal een model worden besproken om ouders bij alcohol- en drugpreventie op school te betrekken.
Er zijn ook nog andere faktoren die het gebruik en misbruik van alcohol en drugs beïnvloeden. Er zijn een aantal KULTURELE faktoren die dat beïnvloeden, zoals bijvoorbeeld de medikalisering van onze huidige sameneleving, de integratie van alcohol in het dagelijkse leven, enz.
Ook SOCIO-EKONOMISCHE faktoren, zoals werkloosheid en kansarmoede, kunnen probleemgebruik beïnvloeden.
Hierbinnen veranderingen aanbrengen vraagt veel meer een beleidsmatige en kollektieve aanpak en overstijgt vaak de individuele gezinssituatie. Het betekent echter niet dat we deze faktoren over het hoofd moeten zien, maar dat we voortdurend alert moeten zijn voor de risico's die vanuit deze hoek kunnen ontstaan.
We hebben totnogtoe de verschillende faktoren die druggebruik/misbruik beïnvloeden geïsoleerd naast elkaar

bekeken, en daarvan hebben we kort nagegaan wat vanuit het gezin kan worden gedaan om problemen met alcohol en drugs te voorkomen. Deze afzonderlijke faktoren zijn in werkelijkheid echter allemaal heel kompleks met elkaar verweven, en het is een kombinatie tussen verschillende van deze faktorenn die op een bepaald moment aanleiding kan geven tot een alcohol- of ander drugprobleem.
Het is zeker ook niet alleen aan de ouders om in te staan voor de preventie van alcohol- en andere drugproblemen.
Vandaag hebben we het preventiekader vooral vanuit hun gezichtspunt willen belichten, maar we hebben reeds vermeld dat ook de school een taak heeft in alcohol- en drugpreventie omdat jongeren op school op een systematische manier, kennis, inzicht en een aantal vaardigheden kunnen leren om met genotsmiddelen te leren omgaan.
Een samenwerking tussen de school en de ouders is belangrijk om dat opvoedingsproces te ondersteunen en te versterken, maar ook als ondersteuning van de ouders zelf bij hun preventieve taak. Het is immers belangrijk dat ouders niet alleen staan maar van gedachten kunnen wisselen over opvoedingsproblemen in het algemeen en alcohol- en drugproblemen in het bijzonder.
Socio-kulturele organisaties hebben hier eveneens een belangrijke taak in het ondersteunen van de ouders.
Ook wil ik de rol van de media vermelden, die als belangrijke trendzetter de publieke opinie ten aanzien van alcohol- en druggebruik kan beïnvloeden.
Ook de hulpverlening heeft een belangrijke ondersteunende taak om zo vroeg mogelijk te helpen zoeken naar oplossingen voor kleine problemen, die in een latere fase tot alcohol- en drugproblemen kunnen leiden.
Tenslotte wil ik ook nog de taak van de overheid vermelden die ondersteuning kan bieden door het voeren van een konsekwent beleid ten aanzien van de problematiek. Dan denk ik bijvoorbeeld aan reklamebeperking voor alkohol en tabak. De overheid moet ook de nodige financiële middelen voorzien om de noodzakelijke ondersteuning van alle betrokkenen bij alcohol- en drugpreventie mogelijk te maken.
Tenslotte wil ik nog wijzen op het belang van een gekoördineerde aanpak. Gezien de komlpleksiteit van de

problematiek en gezien geen eenvoudige preventiestrategieën voorhanden zijn die het gewenste effekt bereiken, is het nodig dat iedereen, op een gekoördineerde manier, zijn deeltje verantwoordelijkheid opneemt in de directe preventie enerzijds en in de ondersteuning van diegenen die aan preventie doen anderzijds.
Dat het gezin hierbinnen een zeer centrale plaats inneemt, lijkt me evident.

Marijs Geirnaert
Koördinator Preventieprojekt
Stafmedewerker VAD


gezin
aanbod
kennis & opvattingen
persoonlijkheids-faktoren
vriendengroep
P
reklame
kulturele faktoren
belangrijke derden
socio-ekonomische faktoren
school

bnes. 1986.

ZELFHULP EN VERSLAVING

ZELFHULP HELPT - ONTSTAAN, EVOLUTIE EN WERKING VAN DE ZELFHULPGROEPEN IN VLAANDEREN.

INLEIDING

Praten 'over' zelfhulp is een riskante en moeilijke onderneming. Praten 'over' is immers 'denken' over, terwijl de basis van de zelfhulp-beweging bij het 'voelen' ligt.
"Ik voel me begrepen, gesteund, aanvaard zoals ik ben, de warmte en vriendschap in de groep zorgden ervoor dat ik bleef komen, veel later begreep ik pas wat er verteld werd...".

Een riskante onderneming dus, een onderneming die ik aandurf omdat ik mij gesteund 'voel' door het vertrouwen van de groepen die mij toestaan iets over 'hun' groep te vertellen.

Ik heb me gebaseerd op drie elementen :

1. Eigen ervaring : als maatschappelijk assistent op het - toen C.B.A. - C.A.D. maakte ik in mijn stageperiode in 1966 kennis met A.A. en Al-Anon. In de loop der jaren is dit kontakt gebleven en in verschillende vormen uitgebreid tot andere groepen.
2. Lektuur 'van' de groepen en 'over' de groepen.
   Lektuur over zelfhulp.
3. Een rondgang bij de bestaande groepen. Dit gebeurde op basis van de Sociale Kaart in de Welzijnsgids, aangevuld met daarbuiten bekende groepen.

   Met volgende personen werd telefonisch, schriftelijk en/of persoonlijk kontakt gelegd :

   - C.O.I.-nationaal (Comité voor Openbare Informatie) van A.A.
   - Josée en Mariette van Toxan Antwerpen en Merksem - de kern van Toxan Hasselt.
   - Chris Vanderlee en Jos Abbate voor de groepen 'Opvang - Herstel en Nazorg Verslaafden' te Maasmechelen en Genk.
   - Agnes Verspect voor de groep 'De Dageraad' te Lede.
   - Paul Ooms voor de groep voor gokkers te Antwerpen.
   - Maurice Baptist voor de groep ex-drugverslaafden te Genk.

   Voor familieleden :

   - Enkele Nationale Afgevaardigden van Al-Anon (C.O.I. is volop in ontwikkeling en komt om de drie maanden samen), en de kern van P.W.-Limburg, de verantwoordelijken van Al-Ateen.
   - De leden van de familiegroep-Toxan te Hasselt.
   - De verantwoordelijken van de ouderwerking van 'De Sleutel' in Gent, de groep voor ouders van drugverslaafden in Antwerpen, de groep voor gezinsleden van harddrugverslaafden in Genk (respektievelijk Herwig Lauwers, Selm Nelissen en Leon Schols).
   - Paul Ooms voor de familieleden van gokkers.

Er werd gevraagd naar :
- het ontstaan, de evolutie en de groei van de groep;
- de doelgroep, doelstelling, basisprincipes, verloop van de vergadevergadering, gebruikte literatuur;
- resultaten, kenmerken, moeilijkheden (Bijlage 1).

Binnen de zelfhulpgroepen in Vlaanderen nemen de groepen rond verslaving, met meer dan 500 groepen en 10.000 leden een ruime plaats in.
Zo bestaan er 383 A.A.-groepen, 120 Al-Anongroepen, 11 Al-Ateengroepen voor alkoholisten en hun familie, en 12 Toxan-groepen voor toxicomanen. Verder nog groepen voor gokverslaafden, ouders van druggebruikers, groepen die zich richten tot alle vormen van verslaving, groepen die zeggen dat alkoholisme geen ziekte is, ...

Bekijken wij nu het ontstaan, de evolutie, de groei van deze groepen, de basisprincipes, de kenmerken ..., dan is het wellicht best dat wij eerst uitvoerig blijven stil staan bij de A.A. en Al-Anon.
Zij hebben immers de langste geschiedenis, en de indeling
verslaafden
en familie
die wij ook terug vinden in de nieuwe groepen uit de jaren '70 - '80 vinden wij ook reeds terug bij de opdeling A.A.-Al-Anon.
Verder zullen wij zien dat de inbreng van buitenstaanders, belangrijk in heel wat aktuele groepen, ook in de A.A. hun geschiedenis hebben.

1. ANONIEME ALKOHOLISTEN.

1.1. Ontstaan van de Anonieme Alkoholisten.

In Amerika

Het 'Big Book'(1) vertelt ons het verhaal van Bill, een zakenman in de jaren dertig in Akron, Ohio, Amerika. Verslagen, eenzaam en wanhopig, moreel en lichamelijk ondermijnd, ontmoet Bill een jeugdvriend, Dr. Bob.

Bijlage 1 : modelblad.
(1) : zie literatuurlijst.

Bob was gekomen om hem zijn ondervinding mee te delen... Hij had het geloof gevonden ! Zij ontdekten dat ze samen konden wat hen alleen niet lukte, en stichtten een vriendengroep, die een gunstige voedingsbodem vond in de Amerikaanse samenleving van de jaren dertig.

De groep wordt geïnspireerd door de Oxford Group Mouvement, een protestantse matigheidsbeweging, waar openheid en zelfonderzoek centraal staan. Hij wordt ondersteund door Dr. Silkworth die - zich baserend op de ervaringskennis van Bob en Bill - de basis legt voor een totaal nieuwe opvatting over het alkoholisme : het ziekteconcept.

10 juni 1935 - De dag dat Dr. Bob zijn laatste glas dronk, geldt als geboortedatum van A.A..

Wij zien dus bij het ontstaan van de A.A. in Amerika dat buitenstaanders een belangrijke bijdrage leverden; met name de matigheidsbeweging en de geneesheren.

In België

In België zien wij een gelijkaardige start. Dankzij A. De Boe, sekretaris van het N.C.A. (Nationaal Comité tegen Alkoholisme, een vereniging voor matigheidsbewegingen en geheelonthouders, gesticht in 1931), beschikken we over een gedetailleerd verslag (2). Hij beschrijft hierin de start van de A.A.-groepen, met daarin de inbreng van de buitenstaanders.

Jean, een alkoholist die totaal aan de grond zit, verblijft in het Brugman'instituut te Brussel. Hij wordt door een verpleegster, juff. Bowardé, aangemoedigd zich met andere alkoholisten bezig te houden om op die manier weer zin te krijgen in het leven. Op het N.C.A. vindt hij het boek "Alcoholics Anonymous" en met drie vrienden vormt hij een groep. De groep belegt de eerste informatievergadering op 4 maart 1954 en sticht een v.z.w. "Hulp Aan Alkoholisten".
Deze v.z.w. bestaat niet meer. De meeste A.A.-ers weten niet dat ze ooit bestaan heeft.

De groepen verspreidden zich op korte tijd vanuit Brussel naar Antwerpen (1956), Hasselt (1957) en Gent (1958).
Hierin vervulden ook buitenstaanders een belangrijke rol. Zoals Prof. Paesmans en het Marialegioen in Limburg.

---

(2) : zie literatuurlijst.

1.2. Evolutie.

Dr. Bob en Bill vatten hun initiatief vanaf de start groots op. Reeds in 1938 werkten ze aan een werelddienststruktuur, die vorm kreeg in een beheerraad voor A.A. in zijn geheel, in 1954 omgedoopt tot "Algemene Dienstraad van de Anonieme Alkoholisten", waaraan zij in 1955 hun verantwoordelijkheid als leiders overdroegen.

Intussen werden de 12 Tradities (bijlage 2) ontwikkeld die de basis vormen van de werking van de groepen.
A.A. beschikt wereldwijd over een uitgebreid netwerk van diensten die éénvormige literatuur uitgeven, een public-relations-politiek voeren, steun geven aan nieuwe groepen, de financies beheren, ...

A.A. is uitgegroeid tot een wereldorganisatie met 60.000 groepen in 118 landen en 1,5 miljoen leden.

In Vlaanderen wordt in 1961 het Algemeen Vlaams Dienstbureau opgericht waarin de struktuur van A.A. vastgelegd wordt (3). Op 28 mei 1961 wordt de eerste Vlaamse Landdag - een jaarlijkse feestdag - gehouden. Op 12 november 1988 vierde A.A. zijn 35-jarig bestaan in Brussel.
Samen met de uitbouw en groei van de A.A. is ook de rol van de buitenstaanders in zeer belangrijke mate afgenomen.
Binnen de struktuur is er in elke Provinciale Werkgroep één buitenstaander Beheerder A. (4).

1.3. De doelgroep - basisprincipes van A.A.

"Anonieme Alkoholisten is een gemeenschap van mannen en vrouwen die hun ervaring, kracht en hoop met elkaar delen om hun gemeenschappelijk probleem op te lossen en anderen te helpen herstellen van alkoholisme.
De enige vereiste voor lidmaatschap is het eerlijke verlangen op te houden met drinken.
Er zijn geen geldelijke verplichtingen voor A.A.-lidmaatschap; wij voorzien in onze behoeften door eigen bijdragen.
A.A. is niet gebonden aan enige sekte, genootschap, politieke partij, organisatie of instelling; wenst zich niet te mengen in enig geschil; steunt of bestrijdt geen enkel doel.
Ons hoofddoel is nuchter blijven en andere alkoholisten helpen nuchterheid te bereiken. (5).

Bijlage 2 : De 12 Tradities van A.A.
(3) : zie literatuurlijst.
(4) : zie literatuurlijst.
(5) : zie literatuurlijst.

Elk woord heeft zijn betekenis, zij vatten de doelstelling en 'spel'-regels voor de werking - de 12 tradities - samen.
Ik wil de eerste paragraaf voor U ontleden.

Anonimiteit (6) is de geestelijke basis van A.A. Het biedt bescherming en veiligheid aan de leden. Wat in de groep gezegd wordt, blijft vertrouwelijk .

Gemeenschap van gelijken, uitsluitend alkoholisten : de groep is de basis van de werking op elk niveau - zij biedt veiligheid, vriendschap, ondersteuning en warmte.

Gemeenschappelijk probleem : "alkoholisme is een obsessie van de geest en een allergie van het lichaam". De ziekte is ongeneeslijk. De alkoholist kan alleen het symptoom bestrijden door te stoppen met drinken en is zelf verantwoordelijk voor zijn herstel. (7).
Het 24-urenprogramma 'vandaag drink ik niet', maakt het mogelijk moeilijke momenten door te komen, en biedt struktuur voor wat verward en onuitvoerbaar leek ... .

Gemeenschappelijke oplossing : de Twaalf Stappen (bijlage 3) kunnen samengevat worden :

1. Toegeven (weten) en aanvaarden (aanvaarden gaat dieper dan toegeven - overgave) dat men machteloos is tegenover tegenover alkohol én dat het leven stuurloos geworden is, dat men er zelf geen vat meer op heeft.
   Aanvaarden dat men dit niet alleen kan oplossen, dat er een Hogere Macht is - zoals ieder die voor zichzelf ziet -.

2. Inzicht krijgen in zichzelf door het opmaken van een eerlijke inventaris : zijn eigen tekortkomingen opsporen, afrekenen met gevoelens van schuld, wrok, angst, schaamte, ...

3. Herstel van relaties met de medemens.

4. Dit "levensprogramma" bestendigen door meditatie en dagoverdenking.
   Datgene wat we zelf ontvangen hebben, onze positieve levenshouding, ons hersteld zelfvertrouwen doorgeven aan anderen.

Door het beleven van de 12 Stappen wordt een nieuwe mens geboren : de "gestabiliseerde" alkoholist.

Bijlage 3 : de Twaalf Stappen van A.A.
(6) : zie literatuurlijst
(7) : zie literatuurlijst

1.4. Groepswerking

Elke groep beslist autonoom over zijn werking en zijn manier van vergaderen (8). Elke groep is ook onafhankelijk en verantwoordelijk voor zichzelf wat tot gevolg heeft dat groepen erg kunnen verschillen, zonder echter af te wijken van de basisprincipes van A.A..

Algemeen krijgt de alkoholist in de groep volop de kans verantwoordelijkheid te nemen door er te zijn, door koffie te zetten, een verslag te maken, leiding te nemen, een taak op zich te nemen in de groep, of in het netwerk van diensten. Een systeem van rotatie zorgt dat velen de kans krijgen.

1.5. Resultaten - Kenmerken - Moeilijkheden

A.A. heeft geen ledenlijst en meet geen resultaten (9). Cijfers zijn dus niet te geven, hetgeen niet betekent dat er geen resultaten zijn. Er zijn talloze voorbeelden van mensen die via A.A. een nieuw leven begonnen.
Individuele resultaten worden beloond met de A.A.-ster.

Een vaststelling in Limburg is dat de leeftijd van de nieuwe leden is gedaald en het aantal vrouwen bij A.A. is toegenomen.

Als er zich in de groep moeilijkheden voordoen kan dit binnen de A.A.-gemeenschap opgevangen worden.

2. AL-ANON.

2.1. Het ontstaan van Al-Anon.

In het 'Big Book' van A.A. wordt uitvoerig aandacht besteed aan de familieleden (10).

---

(8) : zie literatuurlijst
(9) : zie literatuurlijst
(10) : zie literatuurlijst

"In de pionierstijd, 1935 - 1941, kwamen de meeste verwanten van herstellende alkoholisten tot de bevinding dat moeilijke gezinsverhoudingen bleven voortduren, zelfs nadat de drinker nuchter geworden was in A.A.."

"De A.A. gezinnen begonnen in te zien dat ze hun eigen denk- en levensgewoonten behoorden te veranderen." (11).
Zij werden aangemoedigd steun te zoeken voor zichzelf. In 1941 ontstaan de eerste 'family-units'. 10 jaar later, in 1951, richtten Anne B. en Lois (onlangs overleden) een dienstbureau op voor de 49 bestaande groepen. Men koos definitief voor autonomie onder de naam 'Al-Anon Family Groups'.

Op een gelijkaardige wijze kwam ook in België Al-Anon tot stand. (12).

2.2. Doelgroep - basisprincipes van Al-Anon

"De Al-Anon Familiegroepen zijn een gemeenschap van verwanten en vrienden van alkoholisten, die hun ervaring, kracht en hoop delen, teneinde hun gezamelijk probleem op te lossen. We geloven dat alkoholisme een gezinsziekte is en dat een gewijzigde houding van het gezin dikwijls kan helpen bij het herstel.

Al-Anon heeft slechts één doel : families van alkoholisten te helpen. Dit gebeurt door het aanmoedigen, moreel bijstaan en dienen van familieleden en vrienden van alkoholisten met betrekking tot het alkoholisme." (13).

Het Al-Anonprogramma kan een voel-, denk- en doeprogramma genoemd worden.

1. Emotionele ondersteuning en wederzijds begrip van de leden.

   Alleen iemand die met een alkoholist geleefd heeft, kan werkelijk de problemen begrijpen die leven met een alkoholist met zich meebrengen.

2. Inzicht krijgen in het alkoholisme.

   Alkoholisme is een gekompliceerde ziekte, die waar schijnlijk deels lichamelijk, deels geestelijk van aard is. Het is een ziekte waarin gans het gezin wordt betrokken.

---

(11) : zie literatuurlijst
(12) : zie literatuurlijst
(13) : zie literatuurlijst

3. Inzicht krijgen in zichzelf.

4. Verandering van eigen denken en doen.

De 12 Stappen worden, mits enige aanpassing, toegepast op de partner. (14). De familie aanvaardt dat alkoholisme een ziekte is.
De familie is hiervoor niet verantwoordelijk, maar kan wel meewerken aan verandering.
De nadruk wordt verlegd van de alkoholist naar het eigen leven, dat we wél in de hand hebben.
Loslaten en vertrouwen zijn steeds wederkerende thema's.

2.3. Groepswerking.

Ook hier is de groep de basis van de werking.
Ook hier vormen de Twaalf Tradities (Bijlage 2) een leidraad (15).
Ook Al-Anon heeft een struktuur uitgebouwd, verspreid over 'gans' Vlaanderen.
Alle verantwoordelijkheden worden uitsluitend door de groepsleden gedragen, ook hier bestaat het systeem van rotatie. Er zijn geen buitenstaanders bij betrokken.

2.4. Resultaten.

Al-Anon houdt geen ledenlijsten of resultaten bij. De meeste leden hervinden hun zelfrespekt en evolueren naar zelfzekerheid en zelfstandigheid.

3. AL-ATEEN.

Het ontstaan en de evolutie van de Al-Ateen groepen is sterk vergelijkbaar met deze van de Al-Anongroep. (16).

In 1957 sticht in Californië een tiener, wiens ouders lid zijn van A.A. en Al-Anon, een groep voor mensen van zijn leeftijd.
De groep kreeg de naam Al-Ateen en funktioneert onder de hoede van Al-Anon.

---

(14) : zie literatuurlijst
(15) : zie literatuurlijst
(16) : zie literatuurlijst

Al-Ateen nam dezelfde ideeën over van Al-Anon en is bedoeld voor jongeren tussen twaalf en vijfentwintig jaar, die thuis of in hun omgeving iemand kennen met een drankprobleem, waardoor ze zelf ook in de problemen komen of waar ze verdriet van hebben.

De eerste Al-Ateen-groep in België start in 1970.
Hun aantal schommelt rond de tien groepen, omwille van de leeftijdsgroep is het moeilijk een groep in stand te houden.

4. SAMENVATTEND KUNNEN WIJ STELLEN DAT VOLGENDE PRINCIPES EN WERKWIJZEN IN A.A. - AL-ANON BELANGRIJK EN KENMERKEND ZIJN.

- De A.A.-groepen zijn gestart met de steun van buitenstaanders.

- De familiegroepen zijn gestart vanuit de A.A.-groepen.

- Anonimiteit is essentieel.

- Alkoholisme wordt beschouwd als een ziekte waar ook de familie bij betrokken is.

- In de 12 Stappen - een leidraad voor het persoonlijk herstel - staan eerlijkheid tegenover zichzelf, nederigheid en persoonlijke verantwoordelijkheid centraal (in A.A.).
  In Al-Anon zijn 'loslaten' en 'vertrouwen' belangrijke begrippen.

- De 12 tradities
  bepalen de werking : de onafhankelijkheid van buitenstaanders en de verantwoordelijkheid van de groep.

- Het doorgeven van de boodschap en de bekendmaking van de beweging is een belangrijk onderdeel van het programma.

5. DE NIEUWE GROEPEN.

5.1. Ontstaansgronden van de nieuwe groepen.

Algemeen maatschappelijk is er een einde gekomen aan de 'welvaarts- en oplossingseuforie'. De groei en welvaart blijken niet zo onuitputtelijk dan men dacht in de zestigerjaren.

De vraag 'Welke hulp helpt ?' wordt gesteld.
Goede voorzieningen, goede strukturen en aanpak door de deskundigen blijken er niet in te slagen mensen probleem-vrij te maken. (17).

Samenhangend daarmee is er de ontwikkeling van een nieuwe visie op de mens en zijn problemen in de systeemtheorieën. Het zoeken naar oorzaken wordt zoeken naar verbanden en samenhang, het zoeken naar wat er gebeurt binnen de mens wordt zoeken naar wat gebeurt tussen mensen.
Als er geen duidelijke oorzaak is, is er ook geen schuldige.
Het gezin wordt gezien als een geheel dat met elkaar verbonden is. Verandering bij één element betekent verandering in het ganse gezin.

Deskundigen stellen vast dat de oplossing van het verslavingsprobleem soms nieuwe problemen binnen het gezin stelt, met andere woorden dat het verslavingsprobleem andere problemen toedekt.

Nog een belangrijke evolutie is de opkomst van nieuwe vormen van verslaving - geneesmiddelen, drugs, gokken - waarin de verslaving aan illegale drugs de grootste aandacht krijgt en de verslaving aan 'genees'-middelen, ook wel legale of wettelijke verslaving genoemd, de grootste omvang heeft.

5.2. Ontstaan van deze groepen.

Ook hier kunnen we een onderscheid maken tussen groepen van
- verslaafden
- familieleden van verslaafden

De meeste verslaafdengroepen zijn gestart vanuit een Centrum Geestelijke Gezondheidszorg of een gespecialiseerd ambulant of residentieel centrum, bijvoorbeeld de groep voor gokkers en de groep De Dageraad.

Wat betreft de familiegroepen stellen wij ook hier vast dat deze, zoals bij Al-Anon, gestart zijn met familieleden van de verslaafdengroep, die reeds samenkwamen in onafhankelijke groepen (bijv. Toxan Hasselt en Familieleden v.Gokkers) of een behandeling volgden in een gespecialiseerd centrum (bv. ouderwerking De Sleutel).

Toch zijn hierop belangrijke uitzonderingen. We denken daarbij o.a. aan de oudergroep van drugverslaafden in Genk, die totaal onafhankelijk is gestart.

Opvallend is wel dat de inbreng van deskundigen ook hier, althans in de startfase erg belangrijk is geweest.

---

(17) : zie literatuurlijst

5.3. Doelgroep en basisprincipes van deze groepen.

Al deze groepen zijn open groepen en richten zich tot wat men 'lotgenoten' is gaan noemen . Mensen met een specifiek gemeenschappelijk probleem. Het herkennen van dit probleem bij andere mensen maakt het eigen probleem minder zwaar, 'ik sta niet meer alleen', 'ik ben toch niet zo abnormaal'.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen
- verslaafdengroepen
- en familiegroepen.

5.3.1. De verslaafdengroepen.

Een aantal groepen laten zich expliciet inspireren door de 12 Stappen en Tradities van A.A. We denken daarbij o.a. de Toxan groepen en in zekere mate aan de gokkersgroep van Antwerpen.

Andere groepen wijzen bepaalde principes uitdrukkelijk af. We denken daarbij o.a. aan de groepen Opvang - Herstel en Nazorg van Verslaafden in Maasmechelen en Hasselt.
Deze specifieke groepen verwerpen het ziektebeeld van de A.A. alsook het anonimiteitsprincipe.

Nog anderen nemen de meeste elementen van het A.A. programma over en vullen dit aan met eigen programmapunten.
Waarbij zij zich richten tot elke verslavingsvorm : alkohol, medikatie, drugs, gokken ... . We denken daarbij aan de Dageraad in Lede.

5.3.2. De familiegroepen.

Een aantal laten zich inspireren door Al-Anon.
vb. Toxan-familiegroepen en de gokkers van Antwerpen.

Anderen komen onafhankelijk daarvan tot een werkwijze, die alszodanig niet essentieel afwijkt van de principes van Al-Anon.

5.4. De groepswerking.

Stuwende kracht in de groepen is de ervaringskennis, verworven door pijn en strijd, het geloof in eigen kracht en het vermogen om oplossingen te vinden.

Bij de bevraging werden volgende basisprincipes benadrukt : het kunnen uiten van gevoelens is heel belangrijk. Gevoelens van onmacht, woede maar vooral van schuld en schaamte staan centraal. 'Verslaafde', 'alkoholist', 'druggebruiker', 'familie van', het zijn nog altijd beladen termen.

In de groep staan waarden als gemeenschap, vertrouwen, respekt voor mekaar, ... centraal.
Mensen mogen er zijn zoals ze zijn, met hun tekorten, angsten en onzekerheden... Dit is een gunstige voedingsbodem om te durven en te kunnen veranderen.

Het voorbeeld van andere groepsleden geeft nieuwkomers hoop dat het hen misschien ook lukt.

De inbreng van deskundigen is in de meeste groepen belangrijk.

5.5. Resultaten - Kenmerken - Moeilijkheden.

Sommige groepen refereren naar principes van A.A. - Al-Anon.
Zij houden geen ledenlijst noch resultaten bij.
Anderen houden gedetailleerde cijfers van de resultaten bij o.m. de groepen Opvang - Herstel en Nazorg van Verslaafden en de groep gokkers uit Antwerpen.

In jonge groepen waar de leden in dezelfde fase van herstel zijn, kunnen negatieve gevoelens en gedragingen mekaar versterken en overheersen.
Bv. zelfbeklag, drinken of slikken.
In de Toxangroepen wordt de ontwenningsfase als bijzonder moeilijk ervaren. Verslaving aan geneesmiddelen is nieuw, en dus nog vrij onbekend. Dit geeft specifieke problemen waarmee ook artsen niet altijd vertrouwd zijn.

ENKELE SLOTBESCHOUWINGEN.

De zelfhulpbeweging is de laatste jaren in een stroomversnelling. Zowel wat het aantal groepen als wat de methodische aanpak betreft.

6.1. Ontstaan en evolutie.

Zelfhulp in de verslaafdenzorg is mede ontstaan met steun van buitenstaanders, o.a. matigheidsbewegingen, priesters, dokters, maatschappelijk werkers. De samenkomsten waren gemengd en werden na enkele jaren 'uitgezuiverd' tot enkel de 'lotgenoten' die mekaar best begrepen.

De familieleden groepeerden zich apart.

Parallelle ontwikkeling voor de Al-Anon-familiegroepen en de nieuwe groepen : de aandacht wordt eerst gericht op de verslaafde en later naar de familie, eerst in funktie van de verslaafde (koffie zetten, hem behandelen als zieke, informeren over de behandeling), later in funktie van zichzelf als persoon.

6.2. Verschil in interne groepswerking.

Bij de nieuwe groepen is er een belangrijke inbreng van de deskundigen terwijl bij A.A. en Al-Anon alle funkties door de leden vervuld worden. De vraag is of dit een keuze is of zal wijzigen naargelang de groei van de groepen.

Het 12de stapwerk, de stap naar de dolende alkoholist, welke belangrijk is voor A.A., vinden we veel minder terug bij de nieuwe groepen.

In vergelijking met A.A. en Al-Anon is het moeilijk om bij de nieuwe groepen een gemeenschappelijke aanpak, werking en struktuur te definiëren.
Er is tussen deze groepen geen regelmatig overleg, hetgeen misschien te betreuren is. Dit zou immers de mogelijkheid bieden om ervaringen uit te wisselen en tijdelijke moeilijkheden bij bepaalde groepen op te vangen.

SLOTBESCHOUWING

Zelfhulp helpt. Mensen zijn in staat zichzelf te helpen.

Help alleen zelfhulp ?

Persoonlijk zie ik het als volgt :

- keuzemogelijkheid verhoogt de kans op herstel;
- professionele hulp en zelfhulp kunnen samengaan.
  Zij hebben hetzelfde doel : bevrijding uit het verstikkend en vernietigend kluwen van verslaving.

Verslaafden en hun familie hebben er baat bij dat zelfhulpgroepen en beroepskrachten mekaar kennen. Dat zij met hun beperktheden en mogelijkheden mekaar ook erkennen, waarderen en vertrouwen.

Ik hoop hiertoe bijgedragen te hebben zodat de binnen het totale aanbod in de verslaafdenzorg de bestaande verscheidenheid rijkdom wordt.

Lieve JORDENS
Maatsch. assistent
C.A.D. Hasselt

LITERATUURLIJST *

(1) Anonieme Alkoholisten,
Het relaas hoe duizenden mannen en vrouwen herstel gevonden hebben voor hun alkoholisme,
Herziene druk - Algemeen Dienstbureau van de anonieme alcoholisten-New York City -1982;p.1-15

(2) DE BOE A.,
Acht jaar AA en twee jaar Al-Anon te Brussel.1953-1961,
Brussel; maart 1962-niet gepubliceerd.

(3) Handboek voor de Vlaamse AA- Afl.2,
8.3. Mijlpalen in de geschiedenis van AA.

(4) zie 3,
Voorgeschiedenis van de Vlaamse AA,XXI.

(5) zie 3,
3.2.De beheerders A.

(6) zie 3,
Omschrijving van AA ,IX.

(7) VAN HARBERDEN Pieter,
Zelfhulp bij Anonieme Alcoholisten,
Groningen :Wolters -Noordhoff,
Proefschrift Katholieke Universiteit Brabant,
p.34-35 ;95-98.

(8) zie 3,
De A.A.-groep p.1.-1.

(9) A.A. in een oogopslag (folder).

(10) zie 1,
p. 92-121.

(11) Leven met een alkoholist,
met de hulp van Al-ANON,
Al-Anon Family Group Headquarters,Inc.,New York 1978,
Uitg. Algemeen Dienstbeheer der Nederlandstalige Al-Anon familiegroepen -1985,p.11-14.

(12) DE BOE A.,
Acht jaar A.A. en twee jaar Al -Anon te Brussel,1953-1961,
maart 1962, p.1-14.

(13) Dit is Al-Anon, Al-Anon familiegroepen.
Uitgev. Algemeen Dienstbureau Al-Anon, Amsterdam.

(14) zie 11,
p.50-66.

(15) zie 11,
p. 67-101.

(16) zie 11,
p.42-45.

(17) TIMMERMANS Jef, direkteur Li.S.O.
Opbouw door samenwerking,
Toespraak naar aanleiding van twee jaar krisisinterventie-groep in Hasselt op 29/07/87,niet gepubliceerd.

*A.A.,Al-Anon en Al-Ateen beschikken over talrijke publikaties waarin hun doelstellingen en werking worden toegelicht en uitgediept.Deze is verkrijgbaar:

voor A.A.: Algemeen Dienstbureau, Grote Steenweg 149, 2600 Antwerpen,tel.03/239.14.15.

voor Al-Anon:Dienstbeheer der Nederlandstalige Al-Anon familiegroepen,v.z.w.,Granaatstraat 7,2600 Berchem-Antwerpen.

BIJLAGEN
---

(1) Vragenlijst
(2) De Twaalf Tradities van A.A.
(3) De Twaalf Stappen van A.A.
(4) Adressen Zelfhulpgroepen.

VERSLAG VAN DE BESPREKING

1. Aanvullingen op de tekst.

Een voorstelling van de zelfhulpgroepen, werkzaam rond verslaving is uiteraard beperkt. De aanwezigen kregen de gelegenheid deze aan te vullen vanuit hun eigen ervaringen.

Vanuit A.A. werd aandacht gevraagd voor onder andere :

- de betekenis van de Hogere Macht;
- het specifieke 'eigen' karakter van de gemeenschap;
- de A.A.-levenswijze, die veel meer is dan een programma;
- het onderscheid tussen scheikundig en gelukkig nuchter zijn;
- de zelfstandigheid en onafhankelijkheid van de groepen, ook financieel, waarbij alle aktiviteiten door de leden vervuld worden.

Al-Anon en Al-Ateen en de 'nieuwe' groepen vroegen meer aandacht.

Toxanleden stelden vast dat alkoholisten hun drankprobleem soms 'oplossen' met medikatie, waardoor nieuwe verslavingsproblemen ontstaan.

De aangebrachte aanvullingen bieden stof voor even zoveel nieuwe, boeiende thema's. Het was onmogelijk hierop in te gaan. Geïnteresseerden kunnen bij de groepen zelf terecht, zij zijn graag bereid tot het verstrekken van persoonlijke informatie (bijlage 4).
A.A., Al-Anon en Al-Ateen beschikken bovendien over uitgebreide literatuur.

2. Wat heeft U het meest geholpen binnen de zelfhulpgroep ?

De spontane reakties spreken voor zich :
- 'ik was niet meer alleen',
- 'ik ben niet de ergste',
- 'men is mij komen opzoeken',
- 'ik kon anderen helpen',
- 'ik vond steun, kontakt en vriendschap',
- 'de groepsgeest',

Bijlage 4 : adressen zelfhulpgroepen.

- 'de solidariteit en de eerlijkheid in de groep',
- 'de anonimiteit',
- 'het getuigenis geven naar buiten',
- 'de feed-back van de groep',
- 'de confrontatie met de realiteit',
- 'het voorbeeld van de anderen',
- 'aanvaard worden met zijn beperkingen',
- 'de Hogere macht die werkt door de mensen',
- 'het beleven van de 12 Stappen',
- 'het dienen, het aktief zijn in de groep',
- 'weer toekomst hebben',
- 'vrij zijn',
- '...'.

Al-Anonleden voegden eraan toe :
- 'het woord alkoholist anders gaan bekijken',
- 'een andere visie op het probleem krijgen',
- 'ervaringen uitwisselen',
- 'ik ben mijn schuldgevoelens kwijtgeraakt'.

3. Samenwerking

Tussen de groepen onderling :
Verscheidenheid wordt ervaren als rijkdom, vooral voor de kandidaat-leden die meer kansen hebben. Er wordt gepleit voor een betere kennis van mekaars 'werking'. Deze kan bereikt worden door het organiseren en bijwonen van open vergaderingen. Gestruktureerd overleg tussen de groepen is moeilijk omwille van de eigen principes.
Samenwerking tussen groepen van verslaafden en van familieleden verloopt soms moeizaam. Zij voelen zich - gezien de eigen problematiek - soms bedreigd.

Met de professionele hulpverlening :
Huisartsen nemen een centrale plaats in : zij dienen beter geïnformeerd te worden om het alkohol- en medikatiemisbruik te onderkennen en zinvol te verwijzen.
Zij kunnen ingeschakeld worden in de ontwenningsfase. Er wordt in de groepen soms te weinig aandacht gegeven aan mogelijke risico's van het plots stoppen van alkohol en/of medikatie.

Al-Anon is in de professionele hulpverlening te weinig bekend.

In Limburg is er een vlotte samenwerking.

Lieve Jordens.

NAAM :

ONTSTAAN :

wanneer ? :

wie was de initiatiefnemer ? :

EVOLUTIE EN GROEI :

aantal groepen :

spreiding :

aantal leden :

DOELGROEP : eventuele voorwaarden

DOELSTELLINGEN :

BASISPRINCIPES :

waarden

filosofie : vb. anonimiteit, eerlijkheid, ...

VERLOOP VERGADERING :

vaste struktuur ?

leiding ?

thema's ?

RESULTATEN :

wordt dit gemeten ? criteria ?

BIJZONDERE KENMERKEN / MOEILIJKHEDEN VAN DE GROEP :

GEBRUIKTE EN/OF AAN TE RADEN LITERATUUR :

INFORMATIE BESTEMD VOOR DE ADRESMAP

NAAM :

DOELSTELLINGEN EN AKTIVITEITEN :

VERDERE INFORMATIE :

CONTACTADRESSEN :

Onze groep wenst wel/geen gebruik te maken van de informatiestand.

De Twaalf Tradities van AA.*

1. Ons gemeenschappelijk welzijn behoort in de eerste plaats te komen;persoonlijk herstel hangt af van de eenheid in AA.

2. Voor het doel dat wij als groep nastreven bestaat er slechts één uiteindelijk gezag-een liefhebbende God zoals Hij zich in ons groepsgeweten kan uiten.Onze leiders zijn slechts dienaren die ons vertrouwen genieten; zij regeren niet.

3. Het enige vereiste voor een AA-lidmaatschap is een verlangen op te houden met drinken.

4. Elke groep behoort autonoom te zijn, behalve in aangelegenheden die andere groepen of AA als geheel betreffen.

5. Elke groep heeft slechts één hoofddoel-zijn boodschap uit te dragen aan de alkoholist die nog steeds lijdt.

6. Een AA-groep mag nooit enig verwant of buitenstaand initiatief tot het zijne maken,finacieren of er de naam van AA aan lenen, opdat problemen met geld,eigendom en prestige on niet van ons hoofddoel afleiden.

7. Elke AA-groep dient volledig in eigen behoeften te voorzien onder afwijzing van bedragen van buitenaf.

8. "Anonieme Alkoholisten" behoort steeds niet-professioneel te blijven,maar onze dienstencentra mogen bijzondere medewerkers in dienst nemen.

9. AA als zodanig mag nooit georganiseerd worden,maar wij kunnen diensten in het leven roepen die rechtstreeks verantwoordelijk zijn aan hen die zij dienen.

10. "Anonieme Alcoholisten"heeft geen mening over onderwerpen buiten AA; daarom mag de naam van AA nooit worden betrokken bij enig publiek meningsverschil.

11. Onze gedragslijn inzake "Public Relations" is meer gebaseerd op aantrekkingskracht dan op reklame;ten aanzien van pers, radio,TV en film moeten wij altijd onze persoonlijke anonimiteit handhaven.

12. De anonimiteit is de geestelijke grondslag van al onze tradities en herinnert ons er steeds aan dat wij aan de beginselen de voorrang moeten geven boven personen.

---

*Handboek voor de Vlaamse AA - Afl.2 - XIII.

De Twaalf Stappen van AA.*

1. Wij hebben toegegeven dat wij machteloos stonden tegenover de alkohol-dat ons leven stuurloos was geworden.

2. Wij zijn gaan geloven dat een kracht groter dan wijzelf ons weer geestelijk gezond kon maken.

3. Wij hebben het besluit genomen onze wil en ons leven toe te vertrouwen aan de hoede van God, zoals wij persoonlijk Hem opvatten.

4. Wij hebben van onszelf een diepgaande en onbevreesde morele inventaris opgemaakt.

5. Wij hebben tegenover God,tegenover onszelf en tegenover een ander mens de juiste aard van onze misstappen toegegeven.

6. Wij waren volkomen bereid om God al deze karaktergebreken te laten wegnemen.

7. Wij hebben hem nederig gevraagd onze tekortkomingen weg te nemen.

8. Wij hebben een lijst gemaakt van allen die wij hadden gekwetst en zijn bereidwillig geworden het bij allen weer goed te maken.

9. Wij hebben het waar dit mogelijk was rechtstreeks bij deze mensen weer goedgemaakt,tenzij dit hen of anderen zou krenken.

10. Wij zijn doorgegaan met het opmaken van onze persoonlijke inventaris en hebben terstond onze fouten toegegeven.

11. Wij hebben ernaar gestreefd door gebed en bezinning ons bewuste kontakt met God,zoals wij persoonlijk Hem opvatten, te verbeteren,waarbij wij enkel baden om zijn wil jegens ons te kennen en om de kracht die uit te voeren.

12. Bij het geestelijk ontwaken als gevolg van deze stappen hebben wij getracht deze boodschap aan alkoholisten door te geven en deze beginselen bij al ons doen en laten toe te passen. -

---

*Handboek voor de Vlaamse AA. Afl.2 - XI.

ADRESSEN ZELFHULPGROEPEN

1. Alcoholverslaving

- Anonieme Alcoholisten (A.A.)

Doelstellingen en activiteiten

"Anonieme Alcoholisten" is een gemeenschap van mannen en vrouwen die hun ervaring, kracht en hoop met elkaar delen om hun gemeenschappelijk probleem op te lossen en anderen te helpen van alkoholisme te herstellen.
Het enige vereiste voor lidmaatschap is een verlangen op te houden met drinken. Er zijn geen geldelijke verplichtingen voor A.A.-lidmaatschap ; wij voorzien in onze behoeften door eigen bijdragen. A.A. is niet gebonden aan enige sekte, genootschap, politieke partij, organisatie of instelling ; wenst zich niet te mengen in enig geschil ; steunt of bestrijdt geen enkel doel. Ons hoofddoel is nuchter blijven en andere alkoholisten helpen te bereiken.

Contactadres

Algemeen Dienstbureau
Grote Steenweg 149
2600 BERCHEM - tel. 03/239.14.15.

- Al-Anon

Doelstellingen en activiteiten

De Al Anongroepen zijn een gemeenschap van verwanten en vrienden van alcoholisten die hun ervaringen delen teneinde hun gezamenlijk probleem, leven met een alcoholist, op te lossen en anderen te helpen hetzelfde te doen.
Al Anon heeft slechts één doel : het helpen van familieleden van alcoholisten. Via het programma van de 12 stappen en tradities tracht men een oplossing te vinden voor problemen van angst, onzekerheid en misgroeide gezinsverhoudingen. Een aangepaste houding van het gezin helpt vaak bij het herstel van de drankzuchtige.

Al Anon organiseert regelmatig vergaderingen voor partners van alcoholici of ex-alcoholici. Wanneer mensen hulp of inlichtingen vragen worden ze door 2 Al Anon-leden bezocht. De leden ontvangen regelmatig het tijdschrift van Al Anon.

Contactadressen

Algemeen Dienstbureau
Granaatstraat 7
2600 Berchem - tel. 03/218.50.56.

Postbus 63
9300 Aalst

Postbus 39
8800 Roeselare

Postbus 5
3970 Leopoldsburg
Postbus 55
1940 Sint-Stevens-Woluwe

Postbus 39
2800 Mechelen

- Alateen

Doelstellingen en activiteiten

Jonge mensen komen samen om ervaringen, kracht en hoop te delen. Moeilijkheden te bespreken. Te lezen. Op een goede manier met hun moeilijkheden om te gaan. Elkaar moed in te spreken. Elkaar te helpen om de principes van het Alateenprogramma te begrijpen.

Alateen-leden komen regelmatig samen onder begeleiding van een Al Anon-(of A.A.-) lid. Het programma van Alateen is gebaseerd op de 12 stappen die door de leden besproken worden en toegepast op hun eigen houding en hun relatie tot anderen. Dit programma helpt de Alateen-leden de sterkte en zelfbeheersing te ontwikkelen om problemen realistisch te bekijken.

Contactadres

Granaatstraat 7
2600 Berchem - tel. 03/218.50.56.

2. Drugverslaving

- Zelfhulpgroep ex-druggebruikers

Doelstellingen en aktiviteiten

Ondersteunen van ex-"druggebruikers" in hun poging om clean te worden of te blijven en elkaar te helpen bij hun reïntegratie in de samenleving. Wekelijkse samenkomsten op woensdag. Afwisselend vergaderingen en sportaktiviteiten.De bijeenkomsten gaan door in Genk

Verdere informatie

Er wordt vooral gewerkt rond persoonlijke problemen en thema's, bv. huisvesting, relatie met familie, herval.

Contactadressen

M. Ajermou, p/a Mardijck
Europalaan 62, 3600 Genk

M. Baptist, C.A.D.
Luikersteenweg 134, 3500 Hasselt

- Zelfhulpgroep gezinsleden van hard-drugverslaafden te Genk

Doelstellingen en aktiviteiten

Verbetering van het gezinsfunctioneren ondanks een drugverslaafde ; Beïnvloeding van de verslaafde in gunstige zin ; Hulpverleningsvraag bij verslaafde doen toenemen.

Contactadressen

Namens de groep : Mevr. Huyskens-Mouton G., J. Carlierstraat 10, Genk
Mevr. Strimella-Christtina M., K. ALbertlaan 30, Genk

Nazens de professionele hulpverlening :
Jo Claes, Luikersteenweg 132, Hasselt (C.A.D.)
Leon Schols, O.C.M.W., Winterslagstraat 87, Genk tel. 011/35.77.5

- Ouders van Drugverslaafden

Ketsstraat 17
2018 Antwerpen - tel. 03/235.21.74.

- Zelfhulp voor verslaafden

Herwig Lauwers
Bea De Maeseneer
Hundelgemsesteenweg 1
9220 Merelbeke - tel. 091/31.53.92.

3. Gokverslaving

- Zelfhulpgroep voor gokkers

Doelstellingen en activiteiten

Binnen de groep gaat men er van uit dat je je hele leven verslaafd blijft, maar door gedragsbeïnvloeding kan je ervoor zorgen dat het gokken beperkt blijft of stopt. Om dat te bereiken moeten de verslaafden zelf dag na dag weer vechten tegen hun speelzucht.

Verdere informatie

Tijdens de bijeenkomsten trekken de leden zich op aan elkaar.
De groep wordt begeleid door een professionele medewerker. In sommige gevallen is medische hulp nodig om de ergste depressies te voorkomen. Verder worden een aantal praktische zaken samen uitgewerkt : een dagindeling, een besparingsplan om de schulden af te betalen.

Contactadres

Zelfhulpgroep voor gokkers, Centrum Matt Talbot, Moorkensplein 14, 2200 Borgerhout - tel. 03/235.88.02.

- Zelfhulpgroep voor partners en familieleden van gokkers

Doelstellingen en activiteiten

Deze zelfhulpgroep richt zich naar familieleden en partners van gokverslaafden. Er wordt vooral gewerkt rond het uitwisselen van ervaringen en het emotioneel ondersteunen van elkaar.

Contactadres

Centrum Matt Talbot, Moorkensplein 14, 2200 Borgerhout
tel. 03/235.88.02.

4. Medicatieverslaving

Toxan

Doelstellingen en activiteiten

Toxan is een zelfhulpgroep waarin de leden (mannen en vrouwen) mekaar helpen om een gemeenschappelijke, vrije en gelukkige levenshouding aan te leren, waarin de geheelonthouding tegenover alle verslavende middelen de eerste en belangrijkste regel is.

Verdere informatie

De werking van Toxan is - net als bij A.A. - gebaseerd op de 12 stappen. Aan de hand van deze stappen leren de leden zichzelf te zien zoals ze zijn, met hun zwakheden en gebreken, daaraan te werken, terug zelfvertrouwen te krijgen, en terug verantwoordelijkheid op te nemen. Belangrijk in ~~deze~~ groepering is de eerlijkheid en de anonimiteit.

Contactadressen

Toxan Antwerpen
St. Jozefstraat 12, 2020 Antwerpen
Vergadering : dinsdag 20 - 23 uur
Tel. 03/482.21.47. - 03/646.23.73.
03/542.58.29. - 016/69.81.17.

Toxan Mechelen
Kan. de Dekkerstraat 66, 2800 Mechelen
Vergadering : maandag 20 - 22 uur
Tel. 03/480.32.16. - 015/42.13.29.

Toxan Vlimmeren
Heidijk 1, 2151 Vlimmeren
Vergadering : maandag 20 - 22 uur
Tel. 014/51.59.41.
03/315.75.59.

Toxan Hasselt
Kempische kaai 11 - 3500 Hasselt
Vergadering : maandag 19.30 - 22 uur
Tel. 013/52.15.72. - 011/68.84.94.

Toxan Herentals
Begijnhof "Convent", 2410 Herentals
Vergadering : maandag 20 - 22 uur
Tel. 014/21.81.05 - 014/21.35.76.

Toxan Sint-Niklaas
Klein Hulst 83, 2700 Sint-Niklaas
Vergadering : maandag 20 - 23 uur
Tel. 03/776.56.70 - 03/777.59.90.

Toxan Brugge
Oostmeer 105, 8000 Brugge
Vergadering : vrijdag 20 - 22 uur
Tel. 050/31.86.89.

Toxan Kortrijk
Groeningestraat 41, ABC Huis, 8500 Kortrijk
Vergadering : donderdag 18 - 20 uur
Tel. 056/20.31.15 - 056/21.04.42.

Toxan Roeselare
Jules Lagaelaan 21, 8800 Roeselare
Vergadering : maandag 19.3o - 21 uur
Tel. 051/20.06.75. - 051/21.12.23.

Toxan Merksem
Min. Schollaertstraat 20 - 22, 2060 Merksem
Vergadering : maandag 20 - 22 uur
Tel. 03/646.23.73. - 03/646.53.78.

Familiegroep Toxan

Doelstellingen en activiteiten

Gericht tot personen die rechtstreeks met een medikatie-verslavings-probleem gekonfronteerd worden. (meestal de partner)
De bedoeling is mekaar te steunen, inzicht te krijgen in het verslavings-probleem en het eigen gedrag te veranderen. Leren gelukkig leven met een verslaafde.

Verdere informatie

De groep baseert zich op het Al Anon-programma waarin ook eerlijkheid - openheid - vriendschap en anonimiteit belangrijke waarden zijn.
Vergadering 2 maal per maand.

Contactadres

p.a. Lieve Jordens - C.A.D. Luikersteenweg 134, 3500 Hasselt
tel. 011/27.42.98.

5. Andere initiatieven

Deze initiatieven richten zich niet op één uitgesproken vorm van verslaving.
Men probeert mensen met allerhande verslavingen, uitgezonderd alcohol-problemen, bij te staan in hun ontwenning.

- Zelfhulpgroep opvang, herstel en nazorg verslaafden te Maasmechelen

Deken Bernardstraat 5 (biblioteek-verdiep) t.a.v. Chris Vanderlee

Doelstellingen en activiteiten

"De relatie van de mens met zichzelf en de anderen".
Mensen helpen zichzelf te helpen om weer als vrije zelfstandige mens te kunnen leven. Weer kunnen leven met een bevrijdend gevoel ook zonder die dwangmatige hulp.
Wekelijks 3 groepen, telkens avond bijeenkomsten op maandag, dinsdag en donderdag. Lokaal : Bovenzaal biblioteek, Deken Bernardstraat 5, 3630 Maasmechelen.

Verdere informatie

"Dat het zo eenvoudig is kon ik destijds niet begrijpen. En nu ik het bewezen heb, mijn God, wat heb ik veel gemist door niet te weten wat ik wist !"

Contactadressen

Chris Vanderlee, Rijkswag 453, 3630 Maasmechelen
tel. 011/76.15.81. (vragen naar Chris)
Herman Vanderickx, Jos Smeetslaan, 3630 Maasmechelen
tel. 011/76.40.01. - 016/76.71.58.
Danny Lambrechts, Idegemsesteenweg 39, Herenthout
tel. 014/51.16.22.
René Vervaet, Eksaarde 141, 9108 Lokeren
tel. 091/46.72.16.

- Zelfhulpgroep opvang, herstel en nazorg verslaafden - Doorgangshuis voor ex-verslaafden "schuilplaats"

Doelstellingen en aktiviteiten

Mensen helpen zichzelf te helpen om meer als vrije zelfstandige mens te kunnen leven.

Weer kunnen leven met dat bevrijdend gevoel, ook zonder die dwangmatige hulp.

Lokaal : Doorgangtehuis, Gouv. Verwilghensingel 10, Hasselt

Verdere informatie : 2 groepen : maandag en woensdagavond van 19.30 tot 21.30 uur.

Contactadressen

Abbate Jos, Gouv. Verwilghensingel 1, 3500 Hasselt
Tel. 011/22.30.85.

Doorgangstehuis v.z.w. "Schuilplaats"
Gouv. Verwilghensingel 10, 3500 Hasselt
Tel. 011/24.21.64. (verantw. Abbate Jos)

- Zelfhulpgroep "De dageraad"

Doelstellingen en activiteiten

- wekelijkse vergadering
- telefonische kontakten
- medewerking aan preventie

Verdere informatie

gemengde groep : mannen, vrouwen en jeugdigen
aandacht voor diep menselijke waarden, vb. vriendschap
geduld
bemoediging, enz.

Contactpersoon : Agnes Verspeet, Kasteeldreef 29, 9310 Lede
tel. 053/80.41.31.

PREVENTIE

Vormingsprogramma voor ouders van adolescenten rond alcohol-en drugpreventie

I Ter inleiding

Goeienamiddag dames en heren. Ik zou u kunnen uitnodigen voor een avond rond "Jongeren en drugs", uitgaande van een oudercomité of een vereniging uit de sociaal-culturele sector.
Hoe zou zo'n avond er kunnen uitzien?
De aanleiding voor dit initiatief kunnen geruchten zijn die de ronde doen in verband met de verspreiding van illegale drugs in de streek.
Of men wordt geconfronteerd met serieuze problemen: ik denk aan het O.C.M.W. dat druggebruik bij een aantal cliënten constateert, dokters die druggebruikers in de wachtzaal krijgen of in het slechtste geval zijn er drugdoden in de regio.
Er wordt dus een voorlichtingsavond voor ouders opgezet en daarop komt iemand van de gespecialiseerde rijkswachtdiensten de verschillende soorten hasj, heroïne, cocaïne enz. tonen en toelichten. De juridische omkadering van de problematiek wordt uiteengezet en wellicht wordt de nadruk gelegd op de melding in een vroeg stadium.
Daarnaast is er een medicus die het heeft over de risico's en gevolgen, over symptomen ter herkenning en over hulpverleningsmogelijkheden.
Na een korte pauze is er nog gelegenheid tot vraagstelling die door de aard van de inleiders wel eens zeer technisch zou kunnen zijn.

Dit is uiteraard een zeer zwarte schets van onze voorlichtingsavond, maar het geeft tendenzen aan die op dit ogenblik zeker aanwezig zijn:
*Vooreerst wordt op die manier al te zeer een sfeer van verontrusting geschapen: probleemgebruik en enkele spectaculaire negatieve aspecten worden geaccentueerd en als referentiepunt genomen.
*Deze benadering blijft erg produktgericht;uitzicht, herkenning,symptomen staan centraal en ouders gaan bijna fungeren als mini-detectives.
*Daarenboven werkt dit zeer individualiserend. Alle aandacht gaat naar die mogelijke probleemgebruiker die zo snel mogelijk weer op het rechte pad moet kunnen geraken.
*Aansluitend hierbij is het duidelijk dat dit vrij moraliserend is. Het onderscheid tussen illegale en legale produkten valt nogal eens samen met het onderscheid tussen juist en fout. Aan welke kant van de lijn men zich bevindt leidt dan snel tot een oordeel, of vooroordeel.

In zulke benadering worden naar ons aanvoelen enkele essentiële punten uit het oog verloren.

Als we spreken over drugs gaat het duidelijk over meer dan een reeks illegale produkten. Een ruime en algemeen aanvaarde omschrijving is dat drugs die stoffen zijn die door hun inwerking op het centrale zenuwstelsel, de waarneming en de beleving van onszelf en de omgeving beïnvloeden. Meer en meer groeit ook in bredere lagen van de bevolking het besef dat vanuit dit standpunt ook alcohol, tabak en medicatie inderdaad als drugs beschouwd moeten worden.

De overtuiging wint veld dat een categorie van illegale drugs geen objectief en vaststaand gegeven is maar sterk cultureel gedefiniëerd is.
Recent trof het mij ook uit medische hoek een serieuze vraag en pleidooi te horen voor het gebruik van marihuana ter bestrijding van de zeer negatieve bijwerkingen van chemotherapie bij kankerpatiënten.

Ook de vaststelling van probleemgebruik of verslaving is niet zo éénduidig. Veeleer gaat het om een langdurig en complex proces van kennismaking tot afhankelijkheid. En elk van ons zal op die lange weg zijn positie moeten bepalen, ervan uitgaande dat wij ook in Vlaanderen anno 1988 ontegensprekelijk met een drugcultuur geconfronteerd worden.

Als we het tenslotte hebben over "Jongeren en drugs", dan lijkt het nogal naïef dit louter als een probleem van deze groep of van bepaalde individuen voor te stellen. Waar blijf je dan met aspecten als familiale relaties, maatschappelijke situering, kwetsbaarheid en beïnvloedbaarheid, enzomeer.

Vanuit deze vaststellingen zijn wij dan gaan nadenken over de mogelijke inhoud van een aanbod naar ouders toe. Een andere aanleiding vormden de contacten met oudervereningingen en sociaal-culturele bewegingen.
Binnen hun vormingsaanbod vind je heel regelmatig titels als "Jongeren en drugs" of "Ouders, alcohol en opvoeding". Toch bleek ook in deze kringen een duidelijke vraag naar invulling daarvan.

Het programma dat we vannamiddag presenteren wil daarop een antwoord geven. Vooraleer daar inhoudelijk op in te gaan wil ik nog enkele omkaderende aspecten aangeven.

1. Dit programma richt zich tot ouders van kinderen in puberteit en adolescentieleeftijd. In die leeftijd tussen ruwweg 13 en 20 jaar komen deze jongeren hoe dan ook in aanraking met verschillende genotsmiddelen (tabak, alcohol, marihuana of andere). De ervaringen van die kinderen vormen het referentiepunt van de ouders.
   Wij richten ons dus tot een heel ruim publiek en zeker niet alleen tot ouders die echt al voor probleemsituaties staan!!
   Vanuit al die dagdagelijks en heel normale ervaringen wensen wij de actieve betrokkenheid en de zelfwerkzaamheid van de ouders maximaal te benutten.
   Een vormingsavond zoals wij het zien en voorstellen houdt meer in dan louter een voordracht of exposé.

2. Dit programma moet binnen heel verschillende groepen kunnen functioneren en in principe door de eigen mensen begeleid worden.
   Binnen de scholen, schoolbegeleidende diensten of vormingsbewegingen allerlei is voldoende ervaring aanwezig om dit op te pakken. Geen sprecialistenwerk dus, al sluiten wij voor bepaalde onderdelen de samenwerking met en de inbreng van "deskundigen" niet uit.

3. Het programma moet soepel zijn, rekbaar.
   Wij gaan ervan uit dat een grondig ingaan op vragen rond dit onderwerp en daarbij de eigen inbreng van de deelnemers valoriseren, nauwelijks kan binnen het bestek van één namiddag- of avondactiviteit van 2 uur.
   Wij pleiten dus voor een aanbod gespreid over 2 tot 3 sessies, eventueel met een thuisopdracht.
   Nochtans moeten wij realistisch blijven en ook de mogelijkheden van lokale groepen niet overschatten. Daarom denken wij aan een minimumprogramma dat moet toelaten om ook in één werksessie de nodige klemtonen naar voor te brengen.

4. Op dit ogenblik wordt dit aanbod binnen de werkgroep onderwijs van de VAD uitgewerkt naar redactie en vormgeving. De bedoeling is te komen tot een pakket dat al het nodige materiaal bevat om er op een zelfstandige manier mee verder te werken in groepen of organisaties.

Wij denken dan aan achtergrondteksten, beschrijving van werkvormen, didactisch materiaal en wij hopen deze pakketten beschikbaar te hebben tegen april 1989.

Vandaag willen we u, doorheen deze eerste voorstelling, laten proeven van de accenten die wij in zo'n aanbod willen leggen. De bedoeling is u te motiveren om deze ideeën rond hoe de preventieve rol van ouders kan werkbaar gemaakt worden, door te laten sijpelen naar de lokale groepen waarin u betrokken bent.
En bestaat daar de vraag om iets dergelijks op te zetten dan kan u vanaf nu al contact opnemen met de VAD.

II Erkenning van onzekerheidsgevoelens van ouders.

Wanneer ouders ingaan op de uitnodiging van een avond rond "Jongeren en druggebruik" dan is dit om heel verschillende redenen.
Misschien doen ze het omdat zij zich als goed lid verplicht weten of omdat een bestuursverantwoordelijke er nog eens extra heeft op aangedrongen. Geldige redenen alleszins, maar minder bruikbaar vanuit ons standpunt.
Misschien speelt de nieuwsgierigheid wel mee: je hoort wel veel over drugs, je leest erover, er zijn de uitzendingen op TV, maar toch heb je niet het gevoel dat jij daar mee geconfronteerd wordt.
Jouw zoon of dochter begint wel uit te gaan, maar drinken doen ze nauwelijks en die andere drugs,...nee, daar gaan zij wel afblijven. Maar als alles eens op een rijtje gezet wordt, tja, dan kan je er toch weer over meepraten.
Nu, in dit geval hoop ik dat de organiserende vereniging duidelijk aangeeft wat mensen al dan niet kunnen verwachten. Die keuze ligt uiteraard bij de organisaties maar met ons aanbod willen wij toch wat ruimer mikken dan louter wat feiten en cijfers naast elkaar te geven.
Of misschien zitten ouders met heel wat (on)uitgesproken vragen en twijfels. Die kunnen zeker ook heel praktisch en concreet zijn:
-Ik zou wel eens met mijn kind over illegale drugs praten, maar welke woordenschat gebruik ik daarvoor?
-Wat moet ik doen als ik constateer dat mijn zoon/dochter regelmatig dronken thuis komt?
-Welke zijn nu een aantal risico's bij het roken van marihuana?
Die twijfel en onzekerheid kunnen ook ruimer én fundamenteler zijn:
-Ik weet maar half waar en met wie mijn kind in zijn vrije tijd rondhangt en wat daar van te verwachten valt?
-Kan het nog dat ik als ouder aan mijn kind iets verbied of ben ik dan ouderwets of gaat het zich helemaal van mij afkeren?
-Wij hebben nooit problemen gehad met ons kind en wij hebben het altijd goed met elkaar gesteld. Maar nu de laatste maanden trekt hij zoveel op met vrienden en vertelt ons er zo weinig over.

Dit soort vragen, die openheid én tegelijkertijd kwetsbaarheid, willen wij als uitgangspunt nemen. Wie zichzelf en het dagdagelijks omgaan met zijn kinderen durft in vraag te stellen, heeft wellicht al serieuze troeven in handen om daar, minstens voor zichzelf, aan te werken.
Dit is geen truukje/gezegde om mensen aan te zetten hun problemen maar snel op tafel te leggen. Vormingswerk kan en mag trouwens geen hulpverlening zijn.
Maar vormingswerk dat zichzelf aux sérieux wil nemen, zal ook de logische vragen en onzekerheden van ouders aux sérieux moeten nemen.
Welke ouder kan immers pretenderen een opvoedingscarrière met verschillende kinderen -of zelfs met één- te doorlopen die perfect

gesmeerd loopt?

Zeker op het vlak van beschikbaarheid en omgang met drugs -in zijn ruime betekenis dan- is er heel wat veranderd:
-van produkten als hasj, cocaïne of LSD was er 30 jaar geleden geen sprake.
-alcoholgebruik heeft altijd wel problematische uitwassen gekend maar de familiale controle was, zeker voor adolescenten, vrij duidelijk;
-er is tenslotte de ontwikkeling geweest van een jeugdcultuur, met een aanbod, een bereikbaarheid en een feitelijk omgaan met genotsmiddelen waar ouders niet steeds vat op hebben.
Kortom, er bestaan voor ouders nauwelijks duidelijk hanteerbare en algemeen geldende modellen op dit terrein, zoals op nog vele andere opvoedingsterreinen trouwens.

Stilstaan bij en erkennen van onzekerheidsgevoelens bij ouders dus.
Twee belangrijke opmerkingen hierbij:
1)Het is vanzelfsprekend dat de deelnemers vooraf, via aankondiging en eventueel via de inschrijving, voldoende duidelijk weten dat er beroep zal gedaan worden op hun actieve medewerking in het programmaverloop;
2)Een praktische consequentie zal zijn dat omwille van werkbaarheid en groepsdynamiek het aantal deelnemers wellicht beperkt wordt tot 20,30, afhankelijk van de formule die gekozen wordt.
Maar laat ons realist zijn: in een aantal gevallen zal het niet de vraag noch de bedoeling zijn van de organiserende groep (ik denk hier aan een plaatselijke afdeling van een sociaal-culturele vereniging) om een langerlopend programma te presenteren. Binnen het bestek van één namiddag of avond zullen dan andere - meer inhoudelijke - punten de aandacht en de tijd opeisen.
Maar ook dan zal het voor de begeleider van die namiddag of avond een opdracht blijven om de achtergronden van de vraag uit te klaren en met de verantwoordelijken na te gaan of daar vanuit de accenten van dit programma een antwoord kan op gegeven worden.
In tweede instantie zal die begeleider op die namiddag of avond toch deze vragen of onzekerheden van ouders moeten ter sprake brengen.
Minimaal kan dat door enkele situaties te schetsen, liefst wat ruimer dan enkel druggebruik. Waar kun je als ouder zoal mee geconfronteerd worden op het vlak van kleding, vrijetijdsbesteding, beginnende relaties met het andere geslacht...
In de mate dat deze situaties concreet en herkenbaar zijn kan de begeleider aansluiting vinden bij de aanwezigen en hun betrokkenheid verhogen.
En dat is tenslotte het startpunt en de basisvoorwaarde binnen het soort programma dat wij nu voorstellen: als de evidente vragen van bekommerde ouders niet als zodanig erkend worden, als gebruik of misbruik van bepaalde genotsmiddelen of drugs niet in hun juiste context gesitueerd worden of als onze eigen betrokkenheid als ouders buiten schot blijft, ja dan dreigen die drugs inderdaad als duivels uit een doosje te worden die alleen maar door specialisten kunnen ingetoomd worden!

III Stilstaan bij eigen normen, ideeën en gedrag rond drugs.

Maar goed, als wij het verder gaan hebben over drugs, dan bedoelen wij daar dus een hele reeks produkten mee. Ik heb u daarenboven beloofd er geen zuiver exposé van te maken maar ook beroep te doen op de zelfwerkzaamheid van de deelnemers.
Daarom zou ik u nu een concrete opdracht willen geven.
In de bijlage vindt u een blad met de titel: "Gevaarlijk gedrag". Op dit

blad vindt u een aantal situaties, waarin telkens één of andere "drug" ter sprake komt, een rol speelt.
Het gebruik van dit produkt in deze situatie kan zeker een risico inhouden.
Mijn vraag is nu of elk van u persoonlijk de grootte van deze risico's wil inschatten. Concreet: wil elk van u individueel het gedrag van de betrokken personen rangschikken volgens het risico, het gevaar dat zij daar mee lopen. Het gedrag dat het minst gevaar oplevert geeft u het cijfer 1, het gedrag dat het meest gevaar oplevert geeft u het cijfer 6. Neemt u daarvoor even rustig de tijd maar doe het wel persoonlijk.

Goed, ik meen dat ieder voor zichzelf die rangschikking gemaakt heeft.
Het tweede deel van de opdracht bestaat er nu in uw persoonlijke rangordening te vergelijken met die van uw buurman of -vrouw. Laat ons afspreken de rechter buur te nemen.
Omwille van de beperkte tijd stel ik voor daarbij vooral de aandacht te richten op de situaties die u als minst en meest gevaarlijk beoordeeld had, de cijfers 1 en 6 dus.
Een paar richtvragen daarbij:
-vanuit welke overwegingen verantwoordt elk die keuze?
-ligt die keuze ver uit elkaar of zelfs tegengesteld?
-wat verrast je in de argumenten van de ander?
Zo, wisselt u dit maar even uit -wat geroezemoes is geen bezwaar.

De opdracht die u zoëven uitgevoerd hebt en waarrond de discussie eigenlijk in nog ruimere groep kan gevoerd worden, is al een uitwerking van wat wij als tweede peiler in ons vormingsprogramma-aanbod beschouwen: namelijk het stilstaan als ouder bij de eigen normen, gevoeligheden, ideeën en het eigen gedrag met betrekking tot drugs. Uit zo'n oefening vallen wel een paar punten te leren.
Allereerst kan het duidelijk maken dat er eigenlijk geen goede of foute antwoorden zijn. Bij elk van de zes situaties zijn een aantal bedenkingen te formuleren, elk beschreven gedrag vertoont een aantal risico's. Die vaststelling op zich kan voor een aantal ouders al nuancerend en gerustsstellend zijn. Twijfels over goed of fout, schuldgevoelens over wat men zelf al dan niet toelaat kunnen wegvallen.
Verhelderend is daarnaast de ontdekking van de elementen die meespelen in de persoonlijke beoordeling van risicogebruik van "drugs". Ik geef enkele voorbeelden:
-Wie zijn eigen gedrag herkent in dat van de gezellige Jan zal wellicht minder geneigd zijn dit als een groot risico te bestempelen.
-Kennis en informatie, of het gebrek daaraan: is de marihuana die Frank rookt werkelijk het begin van de verslavingshel, of wat zijn nu juist de te verwachten effecten en risico's van de peppil van vader De Moor?
-De sfeerschepping, het imago dat rond een bepaald gebruik hangt: het zwaar doorzakken van Vera hoort toch bij het studentenleven zeker?
-Wie directe ervaringen heeft met alcoholisme in de buurt of in eigen familie kijkt daar weer anders tegenaan, ook tegen Jan's regelmatig gebruik.
-Het illegaal karakter van marihuana is voor sommigen een onoverkomelijke struikelsteen terwijl het er voor anderen als het ware bijhoort in de vriendenkring.
-Gaat het over eenmalig gebruik zoals bij Michel of om een vast patroon zoals bij Jan?
-Dat Michel zijn onzekerheidsgevoelens verdrinkt vinden anderen dan weer enorm negatief, zeker op jonge leeftijd.
-Beschouw je de rookgewoonte van Lieve louter als een persoonlijk probleem en de consequenties ervan evenzo?

De overwegingen en de keuzes die elk van ons hierbij maakt blijken dan erg persoonlijk gekleurd en soms ook vrij complex.
Toch is het juist met deze achtergrond dat ouders kijken naar hoe hun kinderen omspringen met roken, met alcohol- en medicatiegebruik en eventueel ook met andere drugs.

In het gesprek met jongeren is het bewustzijn van deze achtergrond ook een sterk element dat ouders in handen hebben, in handen kunnen hebben: als verduidelijking van hun eigen gevoelens, als toetssteen voor het aanvoelen van het kind.
Want over de kritische zin van pubers en adolescenten moeten we ons geen illusie maken. Het standpunt dat wij als ouder innemen zullen zij in vraag stellen of aanvechten. "Waarom" of "waarom niet" zijn constant de eerste opmerkingen. Het gezagsargument op zich zal niet lang standhouden en uitmonden in wrok, het zoeken van achterpoortjes, zich afsluiten enzomeer.

Wie de balk in het eigen oog niet ziet moet het niet hebben over de splinter bij een ander. Maar hoe vaak walsen ouders daar niet al te snel en al te gemakkelijk overheen.
De situatie die verderop in de bijlage beschreven is typeert dit duidelijk. Wij geven ze hier gewoon ter illustratie en ter overdenking mee. In een vormingsprogramma naar ouders toe zouden wij voorstellen dergelijke situaties aan hen ter discussie voor te leggen vooraleer het te hebben over bijvoorbeeld alcoholgebruik bij jongeren.

IV Betekenis van alcohol- en druggebruik bij adolescenten.

Laat ons dan nu naar die andere kant gaan en proberen vanuit de beleving van jongeren hun omgaan met drugs te bekijken en te begrijpen.
Doorheen puberteit en adolescentie staat de problematiek van identiteitsontwikkeling centraal. De jongere is op zoek naar zijn eigenheid en het geheel van vragen waarmee hij of zij geconfronteerd wordt, heeft betrekking op drie gebieden:

* Wie ben ik: vragen met betrekking tot het beeld dat men van zichzelf heeft. Hoe beleef ik mezelf in mijn veranderde lichamelijkheid, hoe bouw ik mijn relaties met anderen uit, wat kan ik, enz.
* Hoe zien anderen mij: welk beeld leeft er bij anderen over wie ik ben, over hoe ik mij gedraag? Wat verwachten die anderen van mij?
* Wat wil ik: vragen met betrekking tot wat ik zou willen zijn. "Hoe zou ik in het meest eigene van mijzelf willen zijn? Welke ideaalbeelden en streefdoelen ontwerp ik voor mezelf?"

Deze zoektocht en deze ontwikkeling verloopt natuurlijk op de verschillende terreinen tegelijkertijd, wat op zich al leidt tot soms complexe processen die voor de jongere in kwestie met de nodige angst en onzekerheden gepaard kunnen gaan.

Daarenboven voltrekt deze ontwikkeling zich niet in het luchtledige. Het antwoord op de gestelde vragen moet gezocht worden temidden van een dynamisch rationeel gebeuren en de voortdurende en soms tegenstrijdige interacties met ouders,vrienden, mensen uit het schoolmilieu, de ontspanningssfeer enzomeer.

Ook de hele voorgeschiedenis, van waaruit jongeren deze nieuwe stappen

gaan zetten, speelt mee. De keuze die zij gaan maken tegenover alcohol en tegenover andere drugs, worden niet enkel vanaf nu gemaakt. De mogelijke preventieve rol van ouders al evenmin!

Toch lijkt het wenselijk en nuttig een aantal kenmerken van deze centrale levensfase bij jongeren te bekijken vanuit hun mogelijke relatie met druggebruik.
Ik doe dit ietwat schematiserend en met ondersteuning van een paar cartoons: een beeld is soms sprekender dan een woord:

1. Het psycho-maatschappelijk moratorium van de adolescent.

In onze cultuur en maatschappij wordt de jongere pas vanaf de leeftijd van ongeveer twintig jaar als volwassen erkend. Nochtans is reeds vanaf de puberteit de jongere in zekere zin volwassen. Deze vroegste vorm van volwassenheid uit zich niet alleen in de fysieke capaciteiten van de jongere, zoals de mogelijkheid tot voortplanting. Ook zijn jongeren vanaf de puberteit psychisch in staat om "maatschappelijk" te functioneren. Zo vroeg wordt deze volwassenheid door onze samenleving echter nog niet erkend. In de plaats daarvan wordt de jongere geacht zich te schikken in een wachttijd, die men wel eens als "psycho-maatschappelijk moratorium" omschreven heeft.
Idealiter zou in deze wachttijd de reeds aanwezige minimale volwassenheid via aangepaste vorming en opleiding kunnen worden uitgediept. Via contacten met de sociaal-economische realiteit rondom hem kan de jongere namelijk een antwoord vinden op de vraag naar zijn eigen identiteit en positie. Zodoende kan hij uitgroeien tot een kritische persoonlijkheid in plaats van op te gaan in het anonieme conformisme.
De behoefte om zinvol gebruik te maken van het moratorium voor aanvullende vorming wordt nog scherper gevoeld sinds het invoeren van de verlengde leerplicht. Tevens maakt deze verlengde leerplicht duidelijk dat jongeren verschillen in de manier waarop zij deze periode beleven en doormaken.
Voor sommige jongeren is de modale aanpassingsvolwassenheid ook feitelijk het eindpunt van hun ontwikkeling. Dit kan gezien worden als een uiting van een eerder beperkte ambitie, waarin zowel aanleg als milieu meespelen. Wat gangbaar is in de wereld van de volwassenen, wordt door deze jongeren kritiekloos tot model en norm verheven. Wat legale genotsmiddelen betreft (tabak, alcohol, in beperkte zin ook medicatie) stellen deze jongeren de als vanzelfsprekende aanwezigheid van deze produkten in het dagelijkse leven vast. Ook ervaren zij dat volwassenen een grote mate van tolerantie tegenover gebruik van deze genotsmiddelen aan de dag leggen.
Waar kunnen jongeren nu een eigen gedrag leren ontwikkelen tegenover deze middelen? Het ligt voor de hand dat dit zeker ook kan in een sociale context die voor jongeren in die periode zo sterk het activiteitenpatroon en de leefwijze bepaalt, en die gevormd wordt door de school, de jeugdclub, de sport- of jeugdvereniging, de bende of kliek van vrienden waartoe zij behoren,... Vaak worden de jongeren immers naar deze groepen verwezen in afwachting van hun positiebepaling en erkenning als volwassenen.
Binnen deze groepen ontstaat dan ook een patroon van gebruiksgedrag dat een vrij rechtstreekse weerspiegeling is van het omgaan met genotsmiddelen door de volwassenen, bij wie men zo graag gerekend zou worden en door wie men als gelijke erkend wil worden.
De slogan "Man, dit is uw bier" doet het zeker even goed bij deze jongeren, hoewel hij in principe niet voor hen bedoeld is. Of nog: hoe snel is de gewoonte niet ingeburgerd om na het werk het stof door te

spoelen met een paar pintjes, zelfs bij jongeren die nog deeltijds school lopen of stages doen.
Een andere categorie jongeren gaat in op de uitdaging om hun persoonlijkheid verder uit te diepen. Voor hen wordt de afstand tot de volwassenenstatus tijdens deze wachttijd dan juist groter. Anders dan te kiezen voor klakkeloze overname van modelgedragingen uit de volwassenenwereld, is het hun bedoeling alternatieven te verkennen en daartegenover positie te kiezen. Daarbij worden ook zij natuurlijk geconfronteerd met het grote aanbod aan genotsmiddelen. Het gebruik van deze produkten zal in deze groep eerder wijzen op experimenteergedrag, het verkennen van eigen grenzen in de omgang met het produkt. In een extreme vorm wordt dit duidelijk wanneer de jongere door het gebruik van illegale produkten de omgeving wil provoceren. In die zin kan het roken van hasj of het occasioneel zwaar doorzakken in kroegen gezien worden als een vraag om appreciatie of depreciatie, in elk geval om een stellingname vanuit de omgeving (ouders, vrienden). Mede door deze reactie kan een eigen kritisch oordeel tot stand komen en de basis vormen voor een toekomstige gedragslijn.
Tussen beide hier geschetste vormen van ontwikkeling zijn een heleboel mengvormen denkbaar, en die doen zich ook praktisch voor. Zo kunnen sommige jongeren opteren voor de evolutie naar een kritische persoonlijkheid, maar na verloop van tijd afhaken omwille van de eisen die deze opgave stelt. Dan wordt het uitstel van de zo gewenste maatschappelijk erkenning ingeruild voor de directere bevrediging van de aanpassingsvolwassenheid.

2. <u>Onafhankelijk worden van de ouders.</u>

Gedurende de adolescentieperiode wordt de band van de jongeren met hun ouders steeds losser. Dat jongeren afstand nemen hoeft geen teken van vijandigheid te zijn, maar betekent een noodzakelijke stap in de richting van de bevestiging van hun eigen identiteit.
De contacten die er nog wel zijn worden vaak door beide partijen als problematisch beleefd. De jongere klaagt dat zijn ouders hem of haar niet (willen) begrijpen en de ouders klagen dat zij geen vat meer hebben op hun kind.
Wat kan er hier nu meespelen?
De jongere beschikt in toenemende mate over verstandelijke capaciteiten die hem toelaten abstract te gaan denken. Hij kan veralgemeningen maken van diverse ervaringen en zo zijn ideeënwereld anders ordenen dan voordien. Een gevolg is dat hij zich kritisch kan gaan opstellen, ook tegenover de gangbare opvattingen en gedragingen binnen het gezin. Wat tot dan alleen zaligmakend of normaal leek verliest zijn vanzelfsprekendheid. Het rookverbod of het dagelijks aperitiefje door de ouders is niet langer het enig mogelijke gedragspatroon. Vooral buiten het gezin worden andere normen, andere gedragingen gedemonstreerd.
De hoeveelheid whisky die in een Dallas-aflevering geconsumeerd wordt blijkt daar wel normaal en men merkt op dat bij de beste vriend er veel minder bezwaren tegen roken zijn!
De jongere is nu best in staat deze alternatieven te toetsen aan de regels binnen het eigen gezin en voor- en nadelen af te wegen.
Wat de jongere, en vaak ook de ouders, nog ontbreekt is de mogelijkheid zich in te leven in het standpunt van de andere. Vandaar de soms heftige discussies en conflicten.

Een mogelijke oefening om hierop in te gaan zou de volgende kunnen zijn. Zij sluit ook goed aan bij het vorige onderdeel over het onderkennen van eigen opinies en normen door ouders.

De ouders krijgen een lijst van opinies over druggebruik.
Enkele voorbeelden van opinies:
-Als je vrienden drinken, waarom dan een uitzondering vormen?
-Wie dronken is wordt vaak misbruikt.
-Roken maakt rustig.
-Medicamenten zijn een snel hulpmiddeltje voor veel problemen.
De opdracht is dan aan te geven of zij die opinies onderschrijven, helemaal niet onderschrijven of daarover geen mening hebben.
Dit kan bijvoorbeeld via een vijfpuntenschaal gebeuren.
Het tweede deel van de opdracht is dan om diezelfde lijst thuis voor te leggen aan de kinderen en hen ook te vragen dezelfde opinies te beoordelen.
Zo'n manier van werken kan verschillende voordelen hebben:
-Er wordt heel nadrukkelijk naar de opinies van zowel ouders als kinderen gevraagd.
-Dit hoeft voor niemand bedreigend te zijn want het gebeurt niet naar aanleiding van een conflict.
-Het kan een gelegenheid zijn voor verder gesprek.
-Het kan een aanleiding zijn om vragen, houdingen of problemen die hierbij naar voor komen terug mee te nemen naar het vormingsprogramma en daar verder uit te diepen.

Maar de cartoon toont ons nog een ander aspect.
De jongere gaat weg, neemt wel afstand, maar toch is de lijn, de band met de ouders niet verbroken.
Ik denk dat daarin 2 suggesties zitten.
Enerzijds is het goed dat de jongere de weg terug nog kan vinden. De nieuwe wereld waarin hij zich beweegt en zijn weg nog moet vinden is zo anders, dat hij wel onzeker moet zijn. De geborgenheid van de kinderjaren wordt ingeruild voor een heel wispelturige leefwereld waarin de persoonlijke integratie van nieuwe normen en gedragingen nog moet worden opgebouwd. Het besef daarvan maakt deze jongeren vaak heel labiel: wisselende stemmingen, uitbarstingen van woede, koppigheid, verzet tegen al wat van het gezin komt.
Daarenboven komt die aarzelende afstandname tot uiting in eigenzinnige kleding en haardracht, die aansluiting zoekt bij de leeftijdsgenoten. Ik geloof dat ouders dit minstens moeten erkennen als stappen naar zelfstandigheid en een terugvalbasis moeten vormen wanneer hun kinderen verstrikt dreigen te raken in de wirwar van stappen die zij uitproberen en verwerken.
Anderzijds is het wellicht goed dat ouders de touwtjes soms wat strakker aangespannen houden. Dit houdt op de eerste plaats in dat op een consequente en verantwoorde manier normen aangehouden worden voor <u>ieders</u> gedrag. Pas op die basis kan de discussie over grenzen zinvol gevoerd worden. Wie zelf regelmatig doorzakt tot in de vroege uurtjes zal moeilijk tot bindende afspraken over het uur van thuiskomst van zoon- of dochterlief kunnen komen. Soepelheid dus wat betreft het "koorde-geven", maar hier toch vooral een pleidooi voor het zien en waarderen van de noodzakelijke stappen naar zelfstandigheid die door de jongeren gezet worden.
Dit lijkt mij een niet onbelangrijke voorwaarde om conflicten over het omgaan met genotsmiddelen, met drugs, te overstijgen en om zo snel mogelijk tot een harmonisering van de relatie te komen.

3. <u>Rol van de leeftijdsgenoten</u>

Gedurende de lagere schoolleeftijd ontwikkelen de meeste jongeren een vrij evenwichtige én gelukkige levenswijze met hun ouders/anderen als

centrale referentiepersonen.
Met de intrede van de puberteit worden een aantal van deze "zekerheden" plots veel minder vanzelfsprekend. De centrale vragen van "wie ben ik", "hoe zien anderen mij" en "wat wil ik" krijgen geen bevredigend antwoord meer door zichzelf als kind van zijn ouders te zien. Zonet bleek ook dat ouders hun dominante rol voor het bepalen van normen en waarden verliezen. Het gevoel van onbehagen en het gebrek aan geborgenheid dat daardoor bij jongeren ontstaat, kan slechts opgeheven worden door nieuwe herkenning, nieuwe identificatiemogelijkheden te vinden.
En waar zou men die herkenning en aansluiting beter kunnen vinden dan bij leeftijdsgenoten, die dezelfde vragen stellen en dezelfde twijfels doormaken. Observeren (het kijken naar de anderen) en imiteren (het nabootsen van de anderen) spelen hier een grote rol.
Onderzoek heeft voldoende ondersteuning aangebracht voor de stelling dat leeftijdsgenoten "het model bij uitstek voor pubers en adolescenten zijn". De literatuur bevestigt het positieve verband tussen het drinkgedrag van jongeren en de mate van drinken binnen de vriendengroep.
Ook wat betreft de eerste kennismaking met tabak, alcohol of het roken van een joint ligt hier vaak de schakel. Immers, een aantal factoren vergemakkelijken hier de stap van het model naar het eigen gedrag:
-Binnen de vriendengroep is er een affectieve relatie die de druk om dan ook maar mee te roken of te drinken verhoogt.
Wat verdere vormen van illegaal druggebruik betreft is deze band wellicht nog enger, door het gesloten of marginaal karakter van deze groepen.
-De autoriteit en het gezag van leidersfiguren zijn vrij hoog. Zij verpersoonlijken als het ware de groepsnorm die men zoveel mogelijk zelf nastreeft. Pas dan behoort men echt tot de groep en verwerft men enige identiteit. Hoewel de vraag blijft of dit soort identiteit en deze status geen contradictie op zich vormen.
-De emotionele onstandvastigheid die deze leeftijdsfase kenmerkt kan ertoe bijdragen dat in het gebruik van genotsmiddelen, zoals het in de leeftijdsgroep gangbaar is, een snel houvast gevonden wordt.

Jongeren tussen 13 en 20 investeren emotioneel erg veel in vrienden, in leeftijdsgenoten. Voor hen zijn het immers referentiefiguren die ze zelf kiezen. Dit betekent dat ouders er goed aan doen die leefwereld te leren kennen. Aandacht en interesse voor de inhoud en de gevoelsgeladenheid van muziek, persoonlijke opschik, interessepunten van de jongeren, enz. kunnen vermijden dat er een kloof ontstaat tussen beide leefwerelden.
Misschien is het goed dat ouders zich eens heel concreet afvragen wie de vrienden van hun kinderen zijn, op basis van wat ze samen optrekken, welke hun favoriete muziek is, wat zij daarin vinden, ...
Zou u daar voor het vuistje weg een antwoord kunnen op geven?
Of nog: wij denken eraan in ons werkpakket een videofragment op te nemen over hoe jongeren uitgaan of feestvieren en dit aan ouders voor te leggen. Herkennen ze dat, klopt dat met de fantasieën die zij daarover hebben, kunnen zij inkomen in wat gezegd en getoond wordt?

Dit alles wil niet zegggen dat ouders op die leeftijd volledig afgedaan hebben als model of referentiefiguur. Het beeld van de volgende tekening blijft zeker herkenbaar en geldig.
In de eerste plaats moet herhaald worden dat de ideeën en normen van jongeren in verband met genotsmiddelen zoals alcohol, tabak en zelfs medicatie niet gevormd worden vanaf de leeftijd van 12 of 13 jaar. De ontwikkeling van deze ideeën en beelden, vaak op fantasieniveau, begint reeds vanaf de kleuterleeftijd. Dan reeds gaan kinderen vaak rollen spelen waarin veel van het gedrag van de ouders of ervaringen uit de

omwereld opgenomen worden. Zij spelen familievisite waarbij gerookt en gedronken wordt of een dronkaard ten tonele wordt gevoerd. En misschien is dat minder onschuldig dan het lijkt.
De ervaringn en onderzoek leren dat dit soort associaties diep geworteld zijn en lang meegedragen worden.
Of zelf drink ik graag een glaasje wijn bij het eten en dan gebeurt het dat de kinderen de tafel dekken. Zij zetten dan vier waterglazen voor hen en op de vraag of mama en ik geen glas krijgen is het antwoord: jullie drinken toch wijn?
Eigenlijk zijn dit ervaringen die ons toch moeten aan het denken zetten.
Of ik denk aan de situatie die daarstraks ter sprake kwam en in de bijlage zit: van Roos en Marijke...
Daarnaast gebeurt er heel wat initiatie van druggebruik door de ouders.
Voor de meeste jongeren gebeurt de eerste kennismaking met alcohol rond 12 jaar. Veel fantasie is er niet nodig om te vermoeden dat dit naar aanleiding van het plechtige communiefeest is.
Ik verwijs ook nog eens naar een ander voorbeeld van daarstraks: hoeveel jongeren uit technisch en beroepsonderwijs gaan tijdens hun stage niet mee op placement, werken op verplaatsing. En na het werk mogen ze mee met de andere werklieden op café en wordt het bleutje ingewijd.

De voorbeeldfunctie van ouders is niet uitgespeeld op 13 jaar. Alleen is de vraag hoe we daar op dat ogenblik, en zelfs al veel vroeger, willen mee omspringen.

4. Zelfwaardegevoel.

Doorheen de levensfasen van de puberteit en adolescentie is het belangrijk dat jongeren een positief zelfwaardegevoel hebben. Of beter nog: de behoefte om zowel in de eigen ogen als in die van anderen een waardevol iemand te zijn en als zodanig aanvaard te worden, typeert ieder mens vanaf zijn vroegste levensjaren.
Dit zelfwaardegevoel komt tot stand door toedoen van heel wat elementen.
Eigen ervaringen zijn een eerste. Toegepast op onze adolescent: als hij het tweedehandsbrommertje dat hij zelf verdiend heeft glimmend nieuw gepoetst heeft, dan kan hij daar echt van genieten.
Maar ook de reakties van anderen op wat men doet of laat dragen bij tot dit gevoel, zeker als die anderen belangrijke figuren zijn. Ouders blijven belangrijke figuren en leeftijdsgenoten worden het meer en meer.

Die ervaringen en reacties geven altijd een (on)uitgesproken oordeel ten aanzien van een norm: hoe ik denk, hoe ik mij zou moeten gedragen in de ogen van, wat ik wil bereiken, enz.
Bijvoorbeeld: op het einde van het schooljaar wordt gevierd met de klas en je vindt dat je er wel eens stevig tegenaan mag gaan. Je vermoedt dat iedereen wel uitbundig zal doen en dat een paar pinten jou daarbij kunnen helpen, want zo'n feestvierder ben je nu ook weer niet.
Zo gezegd, zo gedaan, maar het loopt toch wat uit de hand met alle gevolgen vandien: een flinke kater, fikse herrie thuis en een paar vrienden die jou een tijd links laten liggen omwille van jouw gedrag.
Met deze ervaring zal het beeld dat jij van jezelf hebt en anderen van jou hebben wel een flinke deuk krijgen.
Blijkbaar is het belangrijk je goed in je vel te voelen, in je wensen rekening te houden met je mogelijkheden en bovenal een stuk bevestiging te krijgen voor wat jij toch kan.
Voor wie zich klein voelt of anders dan hij of zij zou willen zijn, is de verleiding extra groot om dergelijke onlustgevoelens weg te werken met de produkten die juist de beleving van onszelf en onze omgeving beïnvloeden.

Ouders spelen hier een rol in het bevestigen en stimuleren van een positief zelfwaardegevoel bij de jongeren. Zij kunnen hun kinderen kansen geven tot ervaringen waarbij die zich als vaardig en succesvol kunnen beleven, bijvoorbeeld het belonen van gelukte afspraken of opdrachten.
Dit is geen pleidooi voor het euforisch ophemelen van de jongere of het vermijden van kritiek. Alleen moet die kritiek zich richten op concreet gedrag en niet in het algemeen op de persoon. Bovendien moet ook aangegeven worden welk ander gedrag men meer waardeert dan het gestelde. Daardoor kan de jongere nieuwe kansen krijgen en zich onderteund voelen.

5. Experimenteren en grenzen verleggen.

In de vraag naar de eigen identiteit zit een heleboel verkenning en uitproberen besloten. Op zoveel terreinen van fysisch, psychisch en maatschappelijk functioneren moet de jongere een eigen positie verwerven. En uiteraard blijft dit een zeer individuele opdracht, weliswaar in samenspraak, samenspel of tegenspraak met velen uit zijn omgeving.
Experimenteren, vallen en opstaan, het hoort erbij en soms lijkt de jongere inderdaad op een alchemist die uit dit geheel van ervaringen een identiteit en een persoonlijkheid brouwt, waarvan ook hij vooraf het resultaat niet kent.
Wat het omgaan met genotsmiddelen betreft wordt er letterlijk wat gebrouwd. Een hele waaier van produkten is beschikbaar en wil de jongere daartegenover positie kiezen dan moet hij ermee omgaan, tenzij hij de keuze maakt voor onthouding.
Voor een aantal produkten wordt die keuze gemaakt. Het aantal rokers daalt, ook bij jongeren, en voor de illegale drugs beweert nauwelijks een 5 % tot een regelmatig gebruik over te gaan. Dit niet-gebruiken kan gebaseerd zijn op rationele, sociale of juridische argumenten. Het beginnend gebruik, het experiment, wordt o.a. verklaard door het samenspel van elementen die al aan bod gekomen zijn.
Belangrijk is daarbij voor ogen te houden dat dit experimenteren zeker niet abnormaal is en geenszins automatisch tot probleemgebruik zal leiden.Toen ik 12, 13 jaar was werden mij ook sigaretten aangeboden en ik herinner mij dat ik een paar weken duchtig geoefend heb om daar mee om te gaan: op welke manier inhaleer je, hoe houd je die sigaret vast, hoe voel je je daarbij? Nu, na die paar weken had roken voor mij wel zijn tijd gehad. En voor vele jongeren zal de kennismaking met bvb. cannabisprodukten een gelijkaardig verloop kennen.

Twee bedenkingen mogen hierbij niet uit het oog verloren worden.
Enerzijds blijkt uit onderzoek dat de kennismakingsleeftijd voor heel wat van deze genotsmiddelen daalt. Maatschappelijke evoluties, veranderingen in het gezinspatroon, enz. kunnen daar eventueel een verklaring voor bieden. Toch zal op die jongere leeftijd de inschatting en de integratie van de kennismaking met deze produkten en hun effecten ongetwijfeld nog minder evenwichtig en gerijpt zijn. Dit kan de instelling van een blijvend gebruikspatroon vergemakkelijken met een grotere kans op riskant gebruik.
Aansluitend is er de vaststelling dat puberteit en adolescentie grote veranderingen kunnen meebrengen wat kan leiden tot emotionele labiliteit, onzekerheid, spanning en twijfel. Jongeren kunnen nu ondervinden en leren dat dergelijke onlustgevoelens minstens tijdelijk kunnen verminderd worden door het gebruik van bv. alcohol of medicatie. Dit lijkt mij een tweede belangrijk risico: dat jongeren op die leeftijd drugs gebruiken om een leegte, om een voldaanheid op te vullen. Gisteren nog hoorde ik een dokter uit een ontwenningsafdeling stellen dat in het extreme geval deze

jongeren zelfs niet meer weten wat ze gebruiken. Hoe dan ook: in dit geval verglijdt het experiment zeer snel tot vlucht.
Gelukkig misschien bevat dit experimenteren ook een meer rationeel aspect. Niet alleen de produkten en hun effecten worden uitgetest, maar ook de reacties van en de grenzen gesteld door de omgeving. De jongere is de speler, een manipulator soms, die handig probeert te schipperen en te maneuvreren. Dit aftasten van hoever men kan gaan heeft haar belang, want de jongere leert eruit. Hij doet mensenkennis op en komt tot zelfkennis. Het spreekwoord zegt: een ezel stoot zich geen twee keer aan dezelfde steen. Tot hun eigen scha en schande ondervinden jongeren welke de fysische én juridische consequenties zijn van dronken met de brommer rijden.

Ouders hebben hier weerom een taak. Zij kunnen een spiegel zijn waarin het effect van het gedrag van de jongere op anderen weerspiegeld wordt. Zij kunnen duidelijk maken waar de valkuilen liggen en wat de gevolgen zijn, zowel intermenselijk als ruimer maatschappelijk. Zij kunnen andere en misschien betere manieren aangeven om de persoonlijkheid vorm te geven en naar buiten te brengen. Jongeren moeten hoe dan ook leren met grenzen te leven. Het zou goed zijn dat het gezin, het thuismilieu, daartoe een veilige oefenplaats zou bieden.

V Informatie

Als vierde peiler binnen ons aanbod stellen wij een informatieluik voor. De vraag naar correcte en concrete gegevens over verschillende drugs, de vraag naar mogelijke symptomen en effecten, zicht krijgen op de stadia die op de weg naar verslaving doorgemaakt worden: het zijn ongetwijfeld ook reële vragen die leven bij ouders en daar kunnen wij dus niet aan voorbijgaan. Toch wil ik hier nog eens beklemtonen dat dit soort informatie binnen een vormingsprogramma naar ouders toe, naar ons aanvoelen niet het grootste gewicht dient te krijgen. Ik ga er inhoudelijk niet te diep op in en beperk mij tot enkele aandachtspunten.

1. Informatie over drugs is een zeer omvangrijk pakket. Het kan nuttig zijn samen met de organiserende groep enige inperking en enkele accenten af te spreken. Deze worden dan best in de aankondiging aangegeven.
2. Er bestaat nogal wat aan nuchtere en goede feitelijke informatie omtrent verschillende produkten. Ik kan u daarvoor zeker al naar de VAD-stand verwijzen. Daarnaast is er de inplanting van ons team preventiewerkers in verschillende regio's van Vlaanderen. Dat draagt zeker ook bij tot een snellere en directere verspreiding van dit en ander materiaal.
   Tenslotte kunen lokaal heel wat mensen uit de hulpverlening aangesproken worden om vanuit hun praktijkervaring deze informatie aan te brengen.
3. De ondertussen gekende driehoek: mens-middel-milieu blijft het globale referentiekader. Binnen zo'n model kan de specifieke produktinformatie voortdurend teruggekoppeld worden naar de andere aspecten die daarnet al gedeeltelijk ter sprake kwamen.
4. Laat ons de zin voor proporties niet verliezen. De grote risico's bij een aantal illegale produkten zijn niet te overschatten. Maar de risico's van een aantal legale en gemakkelijk te verkrijgen middelen zijn dat evenmin. Cijfergegevens zullen altijd met de nodige nuances moeten behandeld worden.
5. Het is belangrijk telkens ook de lokale hulpverleningsmogelijkheden aan te geven. Ouders moeten weten waar zij in hun buurt met verdere vragen

terecht kunnen. Zeker in een langerlopend programma is het zinvol mensen uit degelijke diensten uit te nodigen om te vertellen wat van hun kant verwacht kan worden.

VI Opvoedingsmogelijkheden.

Rest ons nog de vraag: kunnen ouders binnen een dergelijk aanbod op weg worden gezet om effectief, naar houding en gedrag, een preventieve rol op te nemen ten aanzien van hun kinderen?
Doorheen de uiteenzetting zijn naar mijn mening voldoende elementen aangebracht om daar ja op te antwoorden.
We hebben het gehad over consequent gedrag, over het luisteren naar de belevingswereld van de jongeren, over grenzen stellen, over bevestigen en ondersteunen. Dit zijn vaardigheden waarvan bezwaarlijk kan gezegd worden dat zij specifiek betrekking hebben op druggebruik.
Dat kan ons niet verwonderen: omgaan met genotsmiddelen, met drugs is ook maar één van de vele opdrachten in het proces van identiteitsontwikkeling en posities kiezen. De grondhouding die ouders daarbij innemen zal dan ook gelijklopend zijn.
Doorheen de uiteenzetting zijn ook al een aantal oefeningen en opdrachten geschetst die de bewustwording van bestaand gedrag kunnen aanscherpen en de stap naar verandering kunnen inluiden. Ik herinner u aan de oefening die wij gedaan hebben en de thuisopdracht met de kinderen.
Het is dan snel duidelijk dat zo'n werkwijze binnen één avond of namiddag niet kan. De begeleider zal zich dan moeten beperken tot het opsommen van deze vaardigheden en het aangeven van het mogelijk belang ervan.

Wat de praktische uitwerking van dit thema betreft zou ik er op willen wijzen dat Vlaanderen rijk is aan goedwerkende vormingsorganisaties die op dit terrein al heel wat ervaring en traditie hebben.
Binnen KWB-KAV werkt de gezinswerking dit jaar onder het motto "Opvoeding van jongeren: een uitdaging!"
Wat West-Vlaanderen betreft zijn er al contacten gelegd met het vormingswerk van de Bond van Grote en Jonge Gezinnen. Daar komt de vraag naar oefenscholen voor ouders van tieners sterker en sterker naar voor, in navolging van de oefenscholen voor ouders van jonge kinderen. Welicht kunnen er ook hier formules van samenwerking gevonden worden.
Ik bedoel maar: onze rol moet in de eerste plaats zijn om ideeën en mogelijkheden aan te bieden die inspelen op de vragen die we horen.
Daarnaast behoort het tot onze taak de verschillende mogelijke partners samen te brengen die in dat preventieve werk een inbreng kunnen doen.
Wat wij voorstellen is ongetwijfeld haalbaar. Alleen zijn er wat verbeelding, soepelheid en inzet voor nodig.

Ik rond het hiermee af. Wat wij u vanuit de groep van preventiewerkers voorgesteld hebben is geen ei van Colombus en het zal geen antwoord geven op alle vragen die ouders zich stellen. Wel hebben wij klemtonen willen leggen die kunnen bijdragen tot een rustiger en serener klimaat wanneer jongeren met alcohol of andere drugs beginnen om te gaan.
En ik ben daarstraks begonnen met: "Ik zou u kunnen uitnodigen..." Ik herneem dit nu explicieter: Ik nodig u allen uit om deze ideeën mee te nemen naar de plaatsen waar u als ouders andere ouders ontmoet en ik hoop dat daar dan genoeg herkenning is om met dit aanbod verder te werken.

Luc Wouters
Sociaal Pedagoog
Preventiewerker West-Vlaanderen

Gevaarlijk gedrag

Rangschik de personen van 1 tot 6 naargelang ze volgens jou het minst tot het meest gevaarlijk gedrag vertonen.
1 = minst gevaarlijk
6 = meest gevaarlijk

Jan gaat elke middag met zijn collega's naar 't café, waar hij een 2-tal pintjes drinkt. 's Avonds drinkt hij meestal een aperitiefje voor het eten en een glaasje bier of wijn bij het avondmaal. De avonden zijn meestal rustig met een of twee biertjes bij de televisie, bij voorkeur drinkt hij dan een lekker streekbier.

Lieve rookt 20 sigaretten per dag. Zij rookt om zich te ontspannen. Zij kent de gezondheidsrisico's die aan het roken verbonden zijn, maar zij vindt dat iedereen van iets dood moet gaan.

De familie De Moor gaat elk jaar op vakantie naar Spanje. Om geen enkele dag te verliezen wordt de laatste dag van het schooljaar vertrokken. Dat is wel wat lastig, maar met voldoende koffie en onderweg twee keer een pilletje om wakker te blijven lukt het mijnheer De Moor om de nacht door te rijden. De volgende dag zijn ze dan tegen de middag al ter plaatse.

Vera is geslaagd voor haar examen en dit heeft ze met een paar goede vrienden gevierd. Het werd een lange avond en nacht, met veel plezier, en veel, misschien wel té veel alcohol. Ze herinnert zich niet al te veel meer van de laatste uren en ze herinnert zich helemaal niet meer hoe ze thuis is geraakt.

Frank rookt marihuana met zijn vrienden. Af en toe koopt hij een hoeveelheid, maar hij verkoopt ze niet door. Tijdens de weekends heeft hij een extra job als nachtwaker in een bedrijf, en om de tijd te doden rookt hij wel eens een joint.

Michel is een schuchtere jongen. Vooral op feestjes heeft hij het bijzonder moeilijk om uit de hoek te komen. Maar op het laatste schoolfeest ging het veel beter. Iedereen stond er verbaasd van. Toen heeft hij vooraf een zakflesje cognac gekocht en dat vooraf leeggedronken. Alles ging veel gemakkelijker.

Situatieschets

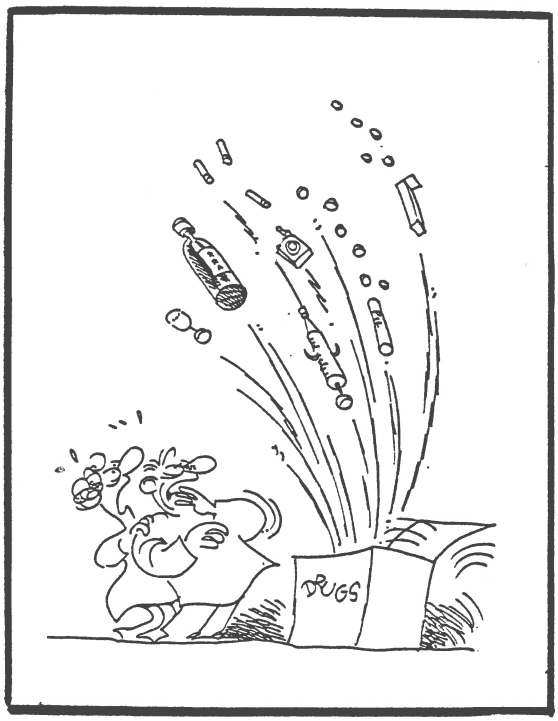
Zaterdagavond

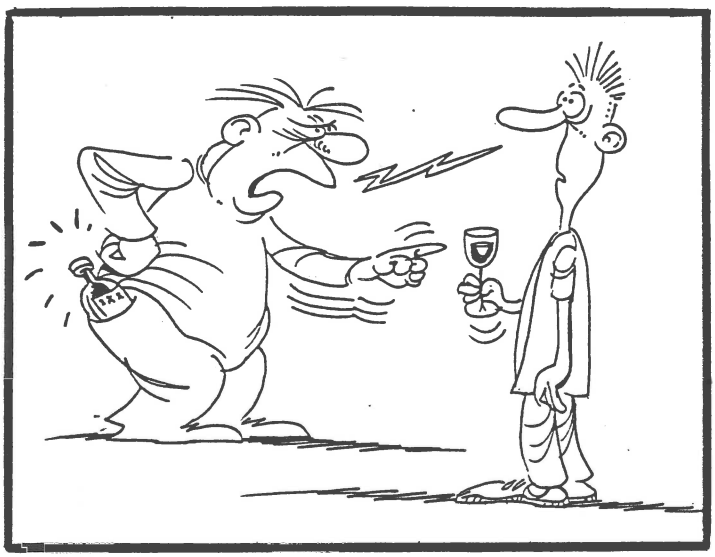
25 voor 12 Je ligt te woelen in bed.
Verdikke, waar blijven Marijke en Roos toch. Ze moesten om 11.30 uur thuis zijn.
Zou er iets gebeurd zijn ?

15 voor 12 Gerammel aan het tuinhek, en veel gegiechel.
Je slaakt een zucht van opluchting.
Dan gerammel aan de voordeur, een sleutelbos die valt...
Je geraakt lichtjes geïrriteerd.
Even later gestommel en geproest op de trap...
Je humeur nadert het kookpunt.
"Meiden, dit wordt huisarrest", fluister je en je trekt woest het licht aan.
"Marijke en Roos !?!"

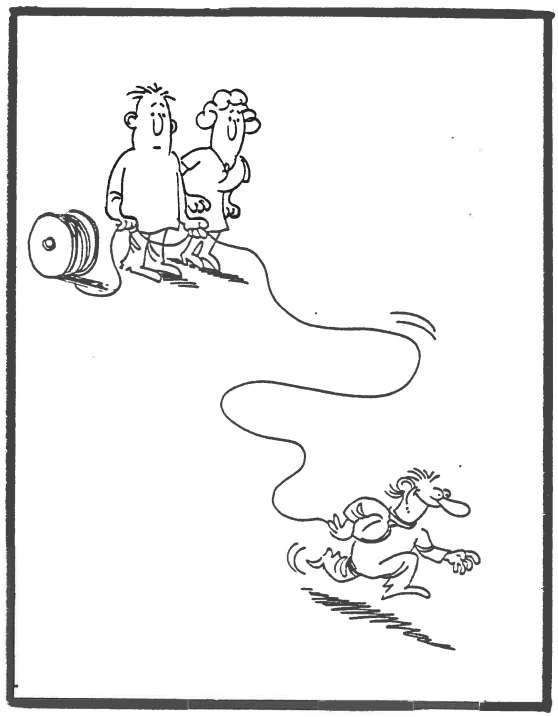
Zondagmiddag

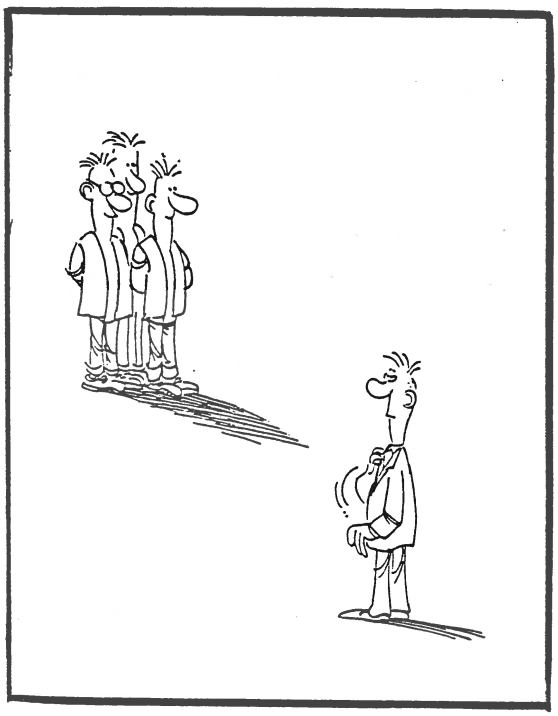
Na de voetbalmatch ga je nog even een pint pakken, even maar, want er komen vrienden eten.
Om kwart voor twaalf zwier je de keuken binnen. "Dag schat".
Je vrouw staat boven dampende potten. "Staat de wijn al te koelen ?"
"Jaja, schenk jij alvast het aperitief..."
"Hallo Joris en Tine, o, bedankt, cognac van mijn lievelingsmerk ; voor straks bij de koffie".
Marijke en Roos zitten in een hoekje, nors en een beetje bleek.

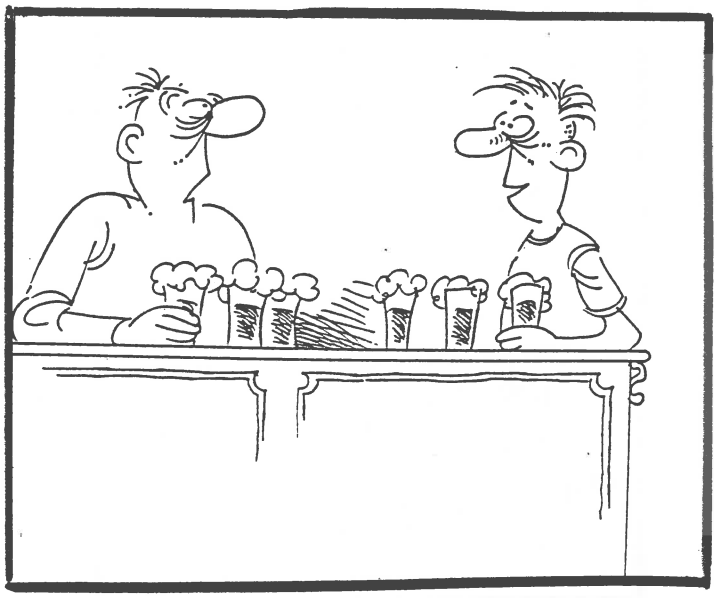

DRUGS

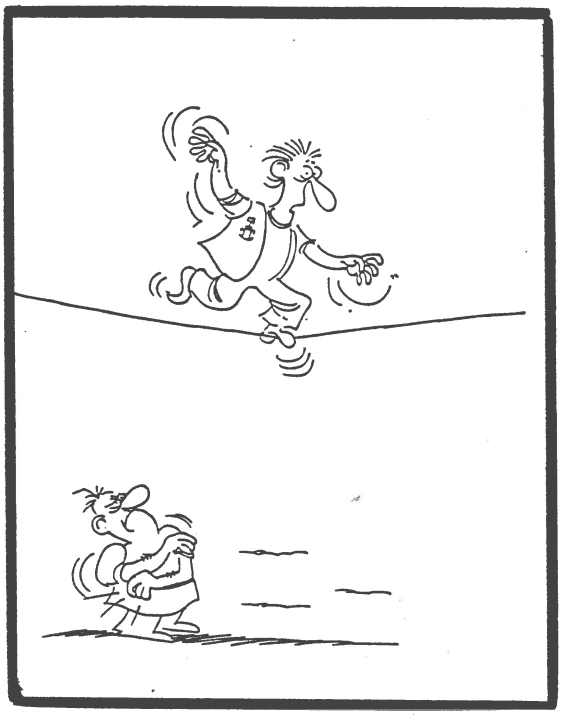


SCHOOL
CHIRO
JONGEREN-CAFÉ
VOLWASSEN WERELD









RISICO'S

DRUGS

PREVENTIE ROND ALCOHOL- EN MEDICATIEMISBRUIK DOOR DE EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG

Gegeven het gezin als focus van preventie, is er een groep intermediairen die in de preventie in het algemeen, en ten aanzien van alcohol en andere drugs in het bijzonder, een belangrijke rol kan spelen. Dit zijn de mensen die vanuit hun (eventueel vrijwillige) functie in het gezin komen, en die via hun contact met één of meer gezinsleden een invloed kunnen uitoefenen op dit gezin. We denken hier aan de huisarts, de verpleegkundige, de gezins- en bejaardenhelp(st)er, de medewerk(st)er van een poetsdienst, enz.

Deze mensen komen op vraag van het gezin of in opdracht van de gemeenschap "over de drempel". Van deze hulpverleners kan in probleemgezinnen een gunstige invloed uitgaan door hun professionele aanwezigheid, die in de meeste gevallen door het gezin zelf gewenst is.

Vaak is dit contact tussen gezin en hulpverlener niet vrijblijvend. De reden om een hulpverlener in huis te halen is vaak een min of meer ernstige problematiek. Deze wordt echter niet zelden mee bepaald door een gebrek aan ondersteuning vanuit de omgeving, waardoor geen of weinig correctie van buitenaf kan gebeuren. Deze individuen of gezinnen zijn kwetsbaar omwille van hun gebrekkige sociale integratie door eigen onvermogen of ten gevolge van uitstoting door de omgeving. Dit laatste ziet men vaak ook bij alcoholproblemen in een gezin. In deze verschillende gevallen kan de externe gezondheidswerker het enige contact met de buitenwereld zijn, of althans het enige niet veroordelende en niet bekritiserende contact.

De communicatie van de hulpverlener met het gezin is vaak probleemgericht, in tegenstelling tot deze van de melkman of de bakker, die ook wel dagelijks aan huis komen, maar die de meest uiteenlopende gespreksthema's kunnen aansnijden.

De hier beschreven groep eerstelijnswerkers heeft te maken met een wisselende en soms omvangrijke groep gezinnen. De gezinnen hebben steeds een eigen samenstelling en karakter, die een bepaald gezin uniek maken.

De eerstelijnswerker heeft min of meer invloed op het functioneren van de gezinnen waar hij komt. Wij willen het belang van deze invloed meer naar voor brengen, en nagaan op welke manieren die invloed kan gehanteerd worden vanuit een preventieve visie op psychosociale problemen, i.c. een alcohol- of medicatieprobleem.

Naast de "veldwerkers" zijn er in de eerstelijnszorg ook de werkbegeleiders of diensthoofden. Nog verder in de eerste lijn situeren zich overlegorganen en koepelstructuren. De manier waarop deze zich opstellen heeft veel invloed op de wijze waarop eerstelijnswerkers aankijken tegen de problemen die ze ontmoeten. Werkbegeleiders, diensthoofden, overlegorganen en koepelstructuren zorgen immers voor de taakinvulling en de eventuele bijscholing van de helpers.

Onze focus is de beïnvloeding van het gezin via de genoemde eerstelijnswerkers. Via hun werkbegeleiders kunnen zij gestimuleerd worden om aandacht te hebben voor psychosociale problemen. Dank zij hen kan via ruimer overleg een bepaalde problematiek op beleidsniveau gebracht worden.

Preventieve rol

Vooraleer we over de eerstelijnswerkers uitweiden, willen we nog wijzen op de preventieve taak van het gezin zelf. Elk gezin maakt (vaak onbewust) keuzen bij de opvoeding van de kinderen. Volgens ons biedt het gezin de beste waarborgen ten aanzien van de kinderen, indien de opvoeding gericht wordt op het ontwikkelen van de volgende kenmerken : een evenwichtige vorm van zelfwaardering, leren omgaan met frustraties, zelf nastreven van en zoeken naar probleemoplossingen, een open communicatie binnen het gezin en met de buitenwereld, en een vlotte sociale integratie, zowel op het vlak van de buurt als van de vrije tijd, de school, e.a. De mate waarin deze objectieven in de opvoeding geïntegreerd worden bepaalt mee de kans op een positief resultaat ervan.

Hoe kan volgens ons nu de preventieve bijdrage van de eerstelijnswerkers ingevuld worden ? Wat kunnen deze gezondheidswerkers zoal doen binnen een preventieve opdracht ?

Drie sleutelbegrippen staan hierbij centraal : opmerken, signaleren, en reageren.

Dit zijn de basisvoorwaarden om vooreerst informatie te verkrijgen over een gezin, en om daarmee dan ook effectief iets te doen. Ogen en oren open houden, eventueel overleg plegen met iemand, om daarna zo deskundig mogelijk te handelen !

Wat de gezins- en bejaardenhelp(st)er betreft, denken we daarbij vooral aan aandachtig luisteren en kijken, probleemsituaties onthouden en later met de werkbegeleider of het diensthoofd bespreken. Bij alcohol- of medicatieproblemen is het zeer belangrijk ook de andere gezinsleden in het gesprek te betrekken. Daarvoor moet uiteraard tijd beschikbaar zijn en moet men de toelating hebben.

De verpleegkundige treedt vooral op bij een geboorte, ongeval of ziekte. Via deze gebeurtenissen kunnen gesprekken op gang komen, waarin het vertrouwen kan groeien en waarin de eventuele problemen vroegtijdig onderkend kunnen worden. De verpleegkundige kan geruststellen, angsten en onzekerheden ernstig nemen en mag niet vanuit een "specialisten"-positie spreken, wat vaak autoritair of afwijzend overkomt.

De huisarts neemt een wat aparte plaats in. Vanuit zijn zelfstandige positie kan hij vrijblijvend al dan niet samenwerken met andere hulpverleners, interesse tonen voor psychosociale problemen en de preventie ervan, en dergelijke. Hij komt vaak gedurende lange tijd in contact met het gezin en weet soms het vertrouwen van de gezinsleden te winnen. Vroegtijdig opmerken van signalen (onder meer via somatische klachten), bespreekbaar maken van emotionele en persoonlijke problemen van de patiënt, advies vragen aan hulpverleners uit de psychosociale sector, enz., zijn evenzoveel kansen die de huisarts in een preventief kader kan waarmaken.

De maatschappelijk-werk(st)er (bijvoorbeeld van het OCMW) ziet mensen met vaak ingewikkelde en reeds lang aanslepende problemen. Toch kan ook hier een preventieve houding resultaat hebben, en wel door zo breed mogelijk de problematiek te bekijken en door - bijvoorbeeld naar aanleiding van een budgetcontrole - het vertrouwen te winnen en tot verandering bij te dragen. Preventief kijken betekent ook aandacht voor de familieleden van de cliënt, voor een zo adequaat mogelijke verwijzing, voor eigen deskundigheidsbevordering, enz.

Ook het tweede niveau dat wij in de eerstelijnszorg onderscheiden, dat van diensthoofd of werkbegeleider, heeft een eigen preventieve rol. Hier moet gezorgd worden dat deskundigheidsbevordering van de eerstelijnswerker

mogelijk is. Binnen de taakomschrijving van de gezinshelp(st)er, de verpleegkundige, enz. moet ruimte voorzien worden voor het aangaan van een gesprek met het gezin en voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie. Diensthoofd en werkbegeleider moeten het therapeutisch denken stimuleren door toestanden en situaties binnen het gezin bespreekbaar te maken, en door eventueel zelf advies in te winnen bij gespecialiseerde diensten.

Hierbij is het ook belangrijk contact te hebben met een overlegplatform, waarnaar informatie kan worden doorgegeven. Overleg met andere hulpverleners is immers essentieel. De coördinatie en gezamenlijke aanpak kunnen hierdoor slechts bevorderd worden.

Een ander niveau van overleg is dat met de overheid, zowel op lokaal als op gemeenschapsvlak. Een interessante illustratie hiervan is het zeer grote medicatiegebruik door bejaarden. Dit fenomeen vraagt dringend om beleidsmaatregelen, die echter alleen op ministerieel niveau kunnen worden uitgevaardigd. Hiervoor zijn inzet en planning op langere termijn vereist.

Preventieve vaardigheden

Welke vaardigheden maken een optimaal preventief functioneren mogelijk ?

De vaardigheden die binnen het gezin zelf een rol spelen, maken deel uit van de opvoedingstaak in de ruime zin van het woord. Een voorbeeld hiervan is het leren luisteren naar wat een ander zegt. Ook het openlijk kunnen en mogen bespreken van wat in ons omgaat (bijvoorbeeld van moeilijkheden) is binnen het opvoedingsproces fundamenteel. Opgroeien beperkt zich echter niet tot het leven in de eigen familiekring. Wanneer we onze kinderen opvoeden naar zelfstandigheid, dan willen wij er ongetwijfeld ook voor zorgen dat ze in staat zijn om ook maatschappelijk te functioneren. Contacten met de ruimere sociaal-culturele omgeving zijn bijgevolg onontbeerlijk. Welke opvoedingsstijl ook nagestreefd wordt, het aangeven van een duidelijke structuur zal telkens een zeer belangrijk doel zijn. Een kind moet immers nog leren dat veel mogelijkheden grenzen hebben. Doorheen het verdere leven is het bovendien nodig rekening te houden met deze beperkingen.

De basisvaardigheden die de preventieve taak van de eerstelijnshulpverlener kleuren, kunnen samengevat worden in drie kernwoorden. In de eerste plaats gaat het om LUISTEREN om vanuit de nodige KENNIS over de problematiek van alcohol- en medicatiemisbruik te weten hoe er doeltreffend gereageerd kan worden, zowel naar het gezin toe, als naar de andere betrokkenen bij het gezin. Dit laatste aspect, de mondigheid om te durven en te kunnen optreden, noemen we ASSERTIVITEIT. We proberen dit nu even concreet te maken voor de verschillende beroepsgroepen.

Voor een gezins- en bejaardenhelp(st)er wordt het mogelijk om preventief te werken wanneer er een goede relatie bestaat met het gezin en er met andere woorden gepraat kan worden over familiale en persoonlijke moeilijkheden.

Een verpleegkundige zal maar een passend advies kunnen geven indien hij of zij vanuit een vertrouwelijke relatie met de patiënt weet wat er allemaal rond de gepresenteerde klacht verweven zit.

De huisarts levert zijn preventieve bijdrage door een aangemelde of vastgestelde problematiek zo ruim mogelijk te definiëren. In alcohol- of medicatiemisbruik zitten immers heel wat factoren verweven die het probleem instandhouden, of zelfs verergeren. Vandaar dat het nodig is dat er een goede samenwerking bestaat tussen de huisarts en de andere hulpverleners die in het gezin komen, of die gespecialiseerd zijn in de problematiek.

Dat hulpverlening bij misbruikproblemen niet eenduidig is, ervaart de arts zeker op het ogenblik dat hem voorschriften gevraagd worden en hij hier weigerachtig tegenover staat vanuit een vermoeden of vaststelling van misbruik. Het aannemen van een kritische houding ten aanzien van het voorschrijven is nochtans noodzakelijk voor een adequate aanpak.

De maatschappelijk-werk(st)er kan in een vroeg stadium van misbruik hulp bieden door samen met de hulpvrager het probleem in zijn verschillende aspecten te analyseren. In een volgende fase zal door bespreking van de mogelijke voorzieningen naar efficiënte hulp worden gezocht.

De ervaringen die de eerstelijnshulpverlener opdoet, en de moeilijkheden waarmee hij binnen het werk geconfronteerd wordt, kunnen - althans bij bepaalde beroepsgroepen - met het diensthoofd of de werkbegeleider besproken worden. Deze kan het preventief optreden van de basiswerkers bij alcohol- of medicatiemisbruik faciliteren door op een disciplinaire bespreking voldoende ruimte te bieden voor hun inbreng over de eventuele omgang met het gezin of gezinslid. Daarbij is het uiteraard interessant op de hoogte te zijn van hulpverlenende organisaties en diensten, waarnaar doorverwezen kan worden of die geconsulteerd kunnen worden. Voldoende kennis van de problematiek resulteert vaak in het kunnen geven van inhoudelijk advies en methodische ondersteuning. In elk geval vereist de taak van de werkbegeleider de nodige algemene groepsdynamische vaardigheden.

Op het niveau van het overlegplatform wordt het mogelijk om interdisciplinair een uniforme benadering van het gezin na te streven. De signaalfunctie naar het beleid toe kan hier vervuld worden, wanneer doorheen de concrete besprekingen aandacht besteed wordt aan structurele elementen die de problematiek mede veroorzaken.

Knelpunten voor preventie

Binnen de mogelijkheden om aan preventie te doen loopt het niet altijd van een leien dakje. Enkele knelpunten die het preventief denken en handelen in de weg kunnen staan zullen we even op een rijtje zetten.

Vooreerst kan het fout lopen in de sfeer van het gezin zelf. In het kader van middelenmisbruik hebben we het dan niet zozeer over die kleine, tijdelijke hindernissen, maar wel over herhaaldelijk optredende of blijvende moeilijkheden. Zo wordt in sommige gezinnen, zodra er conflicten dreigen, nog maar heel moeilijk of nauwelijks gesproken tussen de gezinsleden onderling. Problemen probeert men dan weg te drinken of op te lossen met het zoveelste bruistablet.

Naast deze relationele tekorten kunnen we niet over het hoofd zien dat het milieu waarin men leeft en geleefd heeft belangrijke beperkingen kan opleggen. Waar drank bijvoorbeeld een familiale omgangsvorm is om de dag te kunnen doorkomen, zal deze gewoonte vaak ook door de kinderen overgenomen worden.

De moeilijkheden in het werk van de eerstelijnshulpverlener kunnen voortvloeien uit hun eigen waarden en normen. Men kan niet beweren of voorwenden dat deze niet meespelen, en bijgevolg is het beter ze te onderkennen.

De taak van de basiswerker kan belastend zijn omwille van een zeer ruime opdracht, niettegenstaande de beperkte tijd. Tijdsgebrek kan opgaan voor alle beroepscategorieën. Daarnaast kunnen echter ook meer specifieke knelpunten aangestipt worden.

Gezins- en bejaardenhelp(st)ers onderschatten nogal eens de waarde van hun beroep en vrezen daarenboven niet "au sérieux" genomen te worden, vooral

in eerder medische kringen. Deze al dan niet terechte vrees leidt ertoe dat deze mensen minder durven zeggen. Soms ook denken ze dat het hen niet toekomt met een gezinslid te bespreken dat het niet meer door de beugel kan (letterlijk en figuurlijk) dat ze telkens bovenaan het boodschappenlijstje de vraag naar alcoholische dranken aantreffen.

Ook bij verpleegkundigen kan het werken bemoeilijkt worden als zij twijfelen al dan niet de verantwoordelijkheid te kunnen nemen om (beginnend) middelenmisbruik ter sprake te brengen. Soms wordt hierdoor niet tijdig gereageerd. Vanuit preventief oogpunt is het ook jammer dat er soms niet genoeg kennis bestaat over de signalen die kunnen wijzen op misbruik. Door een dergelijk kennistekort ziet de verpleegkundige problemen soms pas later, wanneer preventie al moeilijk of niet meer mogelijk lijkt.

Indien de huisarts zijn denken en handelen eenzijdig medisch opvat, dan belemmert dit een preventief optreden van zijn kant. Vaak is de autoriteitspositie van de arts hem door patiënten èn door andere hulpverleners toegewezen of zelfs opgedrongen. Van een arts verwacht men immers dat hij iets op lichamelijk vlak zal ondernemen. Worden ook andere aspecten door hem in vraag gesteld, dan vindt men dit soms wel wat ongewoon.

Ook de maatschappelijk-werk(st)er kan de moeilijkheden ervaren van een eenzijdige taak die hem of haar toebedacht wordt, namelijk administratie. De papieren rompslomp maakt het contact met het gezin soms moeilijk. Bovendien heeft deze eerstelijnswerker de voor heel wat gezinnen niet zo gemakkelijke taak van budgetcontrole. Weliswaar vindt hij of zij het aan de ene kant niet meer dan rechtvaardig dat iedereen het recht op een bestaansminimum geniet, maar aan de andere kant staat dan soms de vaststelling dat deze som nagenoeg volledig aan alcohol of medicatie besteed wordt.

Op zijn beurt heeft de werkbegeleider bepaalde waarden en normen, die niet noodzakelijk stroken met deze van de basiswerker of van de gezinsleden. Ook bij hem kan een gebrek aan informatie over de problematiek moeilijkheden om zijn personeel efficiënt te begeleiden opleveren. Hier ook is tijdsgebrek een vaak gehoorde klacht. Inhoudelijke themabesprekingen moeten veelal wijken voor praktische adviezen.

Ook in overlegvergaderingen klinkt het tijdsargument door. Andere knelpunten op dit niveau kunnen te maken hebben met het feit dat hier mensen met verschillende beroepsachtergronden samenkomen. Omwille van deontologische redenen lenen sommige problemen zich ook niet of weinig voor overleg. En ten slotte wordt overleg vaak niet georganiseerd wegens twijfels aan het nut ervan. Nochtans is de inbreng van verschillende disciplines onmisbaar, omdat elk probleem van misbruik in een ruimte context en op zijn verschillende dimensies geëvalueerd moet worden.

Preventieve hulpmiddelen

Het opsommen van knelpunten is niet moeilijk. Anders ligt het, als men daar hulpmiddelen tegenover wil plaatsen. Pasklare oplossingen voor aangegeven moeilijkheden zijn niet zomaar voorhanden. Ze verschillen van gezin tot gezin en van situatie tot situatie.

Algemeen kan wel gesteld worden dat de gezinsleden zelf preventief kunnen handelen als ze eerst en vooral durven stilstaan bij hun eigen gewoontegedrag. Is het bijvoorbeeld wel nodig dat, als er bezoek komt, zo veel en zo duur mogelijke dranken aangeboden worden, voor de gastvrijheid en voor de sfeer ? Kan het niet even gezellig zijn zonder ... ?

Preventieve faciliteiten kunnen van buitenuit aangereikt worden door oudercursussen, schoolprogramma's, allerlei socioculturele voorzieningen.

Kennistekorten inzake alcohol- en medicatieproblemen kan de eerstelijnshulpverlener opvullen door vorming, eventueel door navorming. Wordt de basiswerker geconfronteerd met misbruikproblemen in een gezin, dan kunnen regelmatige ondersteuning door collega's en diensthoofd en mogelijkheden tot overleg hem of haar helpen de preventieve rol in zijn/haar takenpakket te verwerken.

Ook voor het diensthoofd zijn vorming en overlegmogelijkheden wellicht aangewezen hulpmiddelen. Vanuit de tweede lijn kan aanvullende steun worden geboden, wanneer een gegeven probleem meer specifieke aandacht vergt.

Het overlegplatform ten slotte kan echt werkzaam zijn als het ook in structurele zin voldoende kansen krijgt om efficiënt overleg te organiseren.

Agnes DE DECKER

Marc TACK

Walter VERMEIREN

PREVENTIEMOGELIJKHEDEN m.b.t. ALCOHOL- EN MEDICATIEGEBRUIK DOOR DE EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG

A : PREVENTIEVE ROL

HET GEZIN DE FAMILIE	DE EERSTELIJNS-HULPVERLENER DE VRIJWILLIGER	DE WERKBEGELEIDER HET DIENSTHOOFD	HET OVERLEGPLATFORM
OPVOEDEN TOT : ZELFWAARDERING OMGAAN MET FRUSTRATIES PROBLEEMOPLOSSING OPEN COMMUNICATIE SOCIALE INTEGRATIE	OPMERKEN SIGNALEREN REAGEREN	SUPERVISIE ONDERSTEUNING RUIME INHOUDELIJKE TAAKOMSCHRIJVING COMMUNICATIE TUSSEN BASISWERKERS EN OVERLEGPLATFORM	EENVORMIGE AANPAK CONTACTEREN VAN DE GESPECIALISEERDE HULPVERLENING SIGNALEREN VAN BELEIDSTEKORTEN

B : VAARDIGHEDEN

HET GEZIN DE FAMILIE	DE EERSTELIJNS-HULPVERLENER DE VRIJWILLIGER	DE WERRKBEGELEIDER HET DIENSTHOOFD	HET OVERLEGPLATFORM
(INVOELEND) LUISTEREN STELLEN VAN GRENZEN PROBLEEMOPLOSSING CONTACT MET DE OMGEVING	LUISTEREN KENNIS ASSERTIVITEIT	COMMUNICATIE ONDERLING OVERLEG KENNIS SOCIALE KAART EN TRAININGSAANBOD KENNIS VAN DE PROBLEMATIEK WERKEN MET GROEPEN	OVERLEGSTRATEGIEËN KENNIS SOCIALE KAART AANDACHT VOOR STRUCTURELE OORZAKEN

C : KNELPUNTEN

HET GEZIN DE FAMILIE	DE EERSTELIJNS-HULPVERLENER DE VRIJWILLIGER	DE WERKBEGELEIDER HET DIENSTHOOFD	HET OVERLEGPLATFORM
MOEILIJKE COMMUNICATIE MIDDELENGEBRUIK ALS PROBLEEMOPLOSSING BEPERKINGEN VANUIT MILIEU EN VOORGESCHIEDENIS	EIGEN WAARDEN EN NORMEN TAAKBELASTING	EIGEN WAARDEN EN NORMEN KENNISGEBREK GEBREK AAN SYSTEMATISCHE BESPREKING TIJDSGEBREK VOOR BESPREKING	ONGELIJKWAARDIGHEID VAN BEROEPEN DEONTOLOGIE TIJDSGEBREK TWIJFEL OMTRENT EFFICIËNTIE GEBREK AAN EVALUATIE

PREVENTIEMOGELIJKHEDEN m.b.t. ALCOHOL- EN MEDICATIEMISBRUIK DOOR DE EERSTELIJNS GEZONDHEIDSZORG

D : HULPMIDDELEN

HET GEZIN DE FAMILIE	DE EERSTELINS-HULPVERLENER DE VRIJWILLIGER	DE WERKBEGELEIDER HET DIENSTHOOFD	HET OVERLEGPLATFORM
AANDACHT VOOR HET EIGEN GEWOONTEGEDRAG OUDERCURSUS SCHOOLPREVENTIE UITBOUW VAN SOCIO-CULTURELE STEUNPUNTEN	(NA-) VORMING REGELMATIGE ONDERSTEUNING OVERLEGMOGELIJKHEDEN	(NA-) VORMING INBOUWEN VAN OVERLEG STEUN VANUIT DE DE TWEEDE LIJN	VOORZIEN VAN OVERLEGMOGELIJKHEID

FAMILIEVARIABELEN EN OVERMATIG ALCOHOLGEBRUIK.

P. Van Oost.

1. Inleiding.

Overmatige alcoholconsumptie is een familie-aangelegenheid. Partners en kinderen kunnen niet niet reageren op het alcoholgebruik. Ze geven het hoe dan ook een plaats in de dagelijkse organisatie van hun bestaan.

In 1983 stelde ik voor om de (re)acties van de gezinsleden en in het bijzonder van de partner, expliciet te betrekken in het proces van probleemidentificatie en motivatie voor behandeling. Het leek mij interessant om, met de klassieke S-R-S sekwens als uitgangspunt, het tijdsbestek waarbinnen de gezinsinteracties omheen alcohol zich afspelen, uit te breiden tot de totale ontwikkeling van het gezin . Op die manier komt de organisatie van het gezin in alcoholische en non-alcoholische periodes beter tot zijn recht. Onder de noemer "organisatie van tijd en activiteiten", werd aandacht gegeven aan de gezinsontwikkeling en de wijze waarop alcohol-consumptie hierop ingrijpt, anders gezegd: op welke manier gaat het gezin met zijn ontwikkelingstaken om wanneer een van de gezinsleden regelmatig in de ban van de alcohol is? Ook de relaties tussen de gezinsleden en het gezin als geheel enerzijds, en anderzijds de andere sociale netwerken zoals familie, werk, school, vrienden, werden geanalyseerd : gaat overmatig alcoholgebruik samen met een verminderde participatie van het gezin in werk, school, buurt, vriendenkring, familie?

We vermeldden toen ook dat deze vraagstelling geïnspireerd was door een te verwachten hinder vanuit de alcohol. Op die manier zagen we het gezin als lijdend onder, teniet gaand onder de alcoholconsumptie. Van daaruit verwachtten we een zwak georganiseerd gezin. Dit leek evenwel niet met de klinische praktijk overeen te stemmen : alcohol verbindt op een speciale manier. Een dergelijke kijk leidt tot het zoeken naar de specifieke organisatievorm van alcoholische gezinnen. Directe observatie van gezinsinteracties is daartoe aangewezen. Het is deze laatste invalshoek die op een indrukwekkende manier door Steinglass e.a. is uitgewerkt. Een overzicht van hun werk, met de opeenvolgende onderzoeksartikels als leidraad ,vormt de essentie van dit artikel .

Niet alleen in de probleemidentificatie, ook bij de behandeling wordt aandacht gegeven aan de gezinsleden, meer in het bijzonder de partner. Centraal in de residentiële behandeling staat de geïndividualiseerde functieanalyse van het overmatig alcoholgebruik. De klemtoon ligt hierbij op het beïnvloeden van de beslissingen van de alcoholgebruiker. Hij/zij dient in de eerste plaats te veranderen.

De omgeving wordt daarbij niet langer gezien als slachtoffer. Hun invloed wordt nagezocht in de S-R-S ketens, met name in het aanbieden van alcoholgerelateerde stimuli (bv. bij het waarschuwen om niet te veel te drinken, om de drank te laten staan) en bij het reageren op het alcoholgebruik (bv. verwijten maken, zich beklagen, helpen om de gevolgen voor anderen te verbergen zoals de betrokkene op het werk ziek melden, e.d.)
De aansluitende interventie bestaat in de educatie van de partner over de negatieve effecten van alcoholgebruik. Foutieve cognities met betrekking tot alcoholgebruik worden betwist. Er wordt aangestuurd op het weren van alcohol uit het dagelijks leven van persoon en gezin. Toch is de rol van de partner secundair in het behandelingsproces; motivering, zelfcontrole en hervaltraining staan voorop. Ze zijn alle gericht op de gebruiker zelf. Hij/zij wordt ertoe aangezet betere keuzen te maken en wordt aansluitend op abstinentie, geholpen om zich sociaal te reïntegreren. Cognitieve sociale probleemoplossingsvaardigheden, assertiviteit en relaxatie worden aangeleerd. Een dergelijk behandelingsopzet laat geen ruimte voor de levensstijl van het gezin. Van de partner en de andere gezinsleden wordt een participatie in de therapie verwacht, die ook voor hen tot drastische veranderingen in hun dagelijks leven leidt, zonder dat dit laatste expliciet aan bod komt. Ook op dit punt zullen we bij Steinglass e.a. interessante aanvullingen vinden.

Paulette Van Oost, hoogleraar klinische psychologie, Rijksuniversiteit te Gent , Henri Dunantlaan, 2 ,9000 Gent.

2. Gezinsinteracties en overmatig alcoholgebruik: het werk van Steinglass e.a.

Terecht wijzen Jacob en Seilhamer (in Jacob, 1987) erop dat het bestuderen van de actuele omgang tussen partners en binnen gezinnen van alcoholisten van zeer recente datum is. Sinds 1974 zijn er volgens hen slechts een tiental meestal laboratoriumstudies te vinden, waarbij vooral probleemoplossende vaardigheden worden onderzocht, met name besluitvorming door het gehele gezin. Dergelijk onderzoek levert informatie zowel m.b.t. de prioriteiten die aan verschillende gezinsfuncties worden gegeven, als m.b.t. de actuele allianties en coalities tussen de gezinsleden.
Voor deze periode bestond het gezinsonderzoek vooral uit het bevragen van individuele gezinsleden, eerder dan uit daadwerkelijke observatie van hun interactie. Het laboratoriumonderzoek is evenwel veelal beperkt in opzet.
De relevantie ervan is afhankelijk van de gekozen gezinstaak en van het gebruikte coderingssysteem. Naast deze eenmalige observaties, zijn ook observaties over langere periodes (enkele uren, herhaald over meerdere weken) en longitudinale studies van belang.
We zullen hieronder nagaan hoe Steinglass e.a. over de jaren heen, hun onderzoek hebben opgebouwd.

2.1.

In een eerste onderzoek (1971) werden telkens zes personen met alcoholproblemen samen opgenomen gedurende 28 dagen. De interactie binnen deze kleine groep werd nagegaan tijdens een periode van respectievelijk vrij drinken en totale abstinentie.
Steinglass e.a. vonden een hechtere organisatie in de groep, evenals een toename van de positieve affectieve uitwisseling tussen bekenden (vader en zoon, twee broers) tijdens de alcoholische periode.
Deze bevindingen brachten hen ertoe om naast de gekende signaalfunctie (drinken fungeert als een signaal voor en hantering van stress), alcoholgebruik ook te zien als een middel om de expressie van affectiviteit (positief en negatief) binnen het gezin te reguleren. De eerste functie treedt vooral op wanneer het drinken nog niet een habitueel patroon vormt. In het tweede geval heeft het alcoholgebruik duidelijk een functie in de manier van overleven van het gezin.

2.2.

In een tweede onderzoek (1977) werkten Steinglass e.a. met echtparen op zowel ambulante als op residentiële basis.
Er werd aangevangen met een ambulante fase waarin de paren driemaal per week in groep samenkwamen, gevolgd door een residentiele fase van 10 dagen waarbij tijdens de laatste 7 dagen alcohol vrij beschikbaar was.
Hierop volgde opnieuw een ambulante fase met groepsbijeenkomsten(tweemaal per week)Het onderzoek omvatte tenslotte follow - up bijeenkomsten (elke zes weken gedurende zes maand). In elke onderzoeksgroep participeerden twee tot drie paren. In totaal namen tien echtparen aan de studie deel.
Video-analyses wezen uit dat in alcoholische toestand de spanning daalde en er meer uitwisseling was van zowel assertief, als van positief en negatief affectief gedrag.
Steinglass e.a. besloten hieruit dat alcoholgebruik fungeerde als een middel om afstand en nabijheid tussen de partners te reguleren, en dat het wellicht op die manier toeliet om een tijdelijke oplossing voor de spanningen in de relatie te bewerkstelligen. Herhaling van alcoholgebruik werd dan vanuit de ervaren spanningsreductie gemotiveerd. Het blijft evenwel in dit onderzoek onduidelijk wat precies een drinkepisode declencheert.

2.3.

In deze studie (1980) breidt Steinglass de onderzoeksperiode uit tot zes maanden. Hij observeert zowel in de thuissituatie, in discussiegroepen waarbij meerdere families participeren, als onder laboratoriumcondities (de kaartsorteringsproef van Reiss).
Belangrijk in deze opzet is naar onze mening vooral de observatie in de thuissituatie. Steinglass ontwierp hiervoor de zogenaamde Home Observation Assessment Method (afgekort HOAM). Het gaat hierbij om een directe codering van het gedrag, waarbij de **betrokkenen** gedurende vier uur geobserveerd worden. Als voornaamste codes weerhouden we:

- context codes (wie is waar, interpersoonlijke afstand),
- gedragscodes (beschrijving van het extern waarneembaar gedrag, de activiteiten van de participanten);
- wie spreekt met wie;
- interactie codes (taakorientatie, affectieve toon, en evaluatie of subjectief waargenomen uitkomst).

Deze codes, per eenheid van twee minuten gescoord, worden nadien op zo'n wijze verwerkt dat een uitspraak mogelijk is over: de mate van engagement binnen het gezin, de afstandsregulatie, de mate van engagement buiten het gezin, evenals de variabiliteit in structuur en in inhoud of thematiek. Engagement binnen de familie verwijst naar de mate waarin de gezinsleden in contact met elkaar zijn, afstandsregulatie heeft betrekking op hun fysieke localisatie binnen het huis, extra familiaal engagement staat voor de aanwezigheid van personen die niet tot het gezin behoren, en variabiliteit verwijst naar de overeenkomst of het verschil in localisatie respectievelijk affectieve uitwisseling en besluitvormingsgedrag overheen de verschillende observatieperiodes.
Centraal in deze studie staan de interacties in het gezin over langere periodes van alcoholgebruik en abstinentie. Steinglass koos als titel voor dit artikel ook "A life history model of the alcoholic family".

In deze studie participeerden 31 alcoholische gezinnen, 10 gezinnen waren stabiel alcoholisch gedurende de onderzoeksperiode, in 14 gezinnen werd tijdens de gehele periode niet gedronken, 7 gezinnen kenden een verschuiving van alcoholisch naar niet-alcoholisch, of omgekeerd.
Steinglass vond verschillen tussen deze drie groepen gezinnen: stabiel alcoholische gezinnen toonden een duidelijke afstand t.a.v. elkaar, ze waren als het ware over het gehele huis verspreid. Bij transitionele gezinnen was er een grote betrokkenheid op elkaar, samengaand met een beperkte taakgerichtheid. Stabiel niet-alcoholische gezinnen engageerden zich meer in gezamenlijke besluitvormingsprocessen en tolereerden daarbij meer onenigheid.

2.4.

In deze studie vroegen Steinglass e.a. (1985) zich af wat op termijn de betekenis was van de door hem onderscheiden gezinstypes. Zij zochten hiervoor 30 families twee jaar later op en noteerden de toestand wat het alcoholgebruik betreft, evenals de status van de partner- relatie.
Zij vonden (p 369):

	bij aanvang	stabiel nat	transitioneel	stabiel droog
bij follow up	nat	7	4	1
	droog	3	3	12

De groep die zich bij aanvang in een niet-alcoholische periode bevond, (d.w.z. het gezinslid was gestopt met drinken) is bij follow - up grotendeels in dezelfde conditie terug te vinden. De transitionele groep toont verder zijn alternerend drinkgedrag.

		bij aanvang		
		stabiel nat	transitioneel	stabiel droog
bij follow up	intact	5	6	13
	gescheiden	5	1	0

Hier lijkt vooral de alcoholische groep, d.w.z. de gezinnen waarbinnen een gezinslid blijft drinken, een risico op scheiding te lopen. De transitionele groep vertoont een dergelijk risico niet. Bij de stabiel alcoholische groep bleek de mate van intrafamiliaal engagement significant gerelateerd met het behoud van de relatie. Andere belangrijke discriminerende variabelen zijn de mate van stress tijdens het aanvankelijk onderzoek en de mate van fysieke complicaties bij het alcoholische gezinslid.

2.5.

In 1984 publiceren Wolin en Bennett een artikel over familierituelen. Onder rituelen verstaan ze zowel de feesten en overgangsrituelen (zoals huwelijken, geboorten, begrafenissen) als tradities (zoals verjaardagen, zomervacantie) en dagelijkse routines (regelmatige maaltijden, bedtijden, e.d.).
Kenmerkend voor rituelen, die gezien worden als voorgeschreven symbolische handelingen die in een welbepaalde volgorde en op een welbepaalde manier worden uitgevoerd, is het verbindend karakter: ze representeren gedeelde opvattingen, markeren de plaats van elke participant in gezin en familie, binden heden en verleden en hebben een positieve affectieve kleur. Ze vormen als zodanig een index voor familiale integratie.
Dit vormt tegelijk het raakpunt met de clinicus: de studie van de rituelen geeft een zicht op de mate waarin een gezin onder stress (bv. overmatig alcoholgebruik door een van de gezinsleden) zijn integratie of organisatie kan behouden.
In dit artikel geven Wolin en Bennett aan hoe ze aan de hand van een semi-gestructureerd interview de rituelen in gezinnen bevragen. Typische vragen zijn :

- hebben jullie een vaste plaats aan tafel?
- nemen jullie ieder jaar gezamenlijk vacantie, hoe gelijk of verschillend was die vacantie van jaar tot jaar?
- hoe voorspelbaar zijn van jaar tot jaar de verjaardagen in jullie familie?
- wat maakt Kerstmis tot iets speciaals voor jullie familie?

We kunnen dit artikel beschouwen als een voorbereiding op het hierna volgende.

2.6.

In 1987 rapporteren Bennett en Wolin hun onderzoek naar de transmissie van alcoholisme bij 68 gehuwde kinderen van alcoholische ouders en hun partner. Deze 68 kinderen kwamen uit 30 gezinnen van herkomst. Van deze 68 koppels waren er 27 met minstens 1 probleemdrinker, 41 koppels vertoonden geen alcoholprobleem. Interviews werden gevoerd met elk van de partners apart over de rituelen (vooral maaltijd en feestrituelen) in het gezin van herkomst; met de echtparen over de eigen rituelen; evenals met de gezinnen van herkomst.
De resultaten gaven het volgend beeld te zien m.b.t. de overdracht van alcoholproblematiek van de ene generatie naar de andere:

Variabelen in afnemende voorspellende kracht.	**Valentie**
1. Zoon van een alcoholische vader.	+
2. Hoge selectiviteit in en overleg over de rituelen die men overneemt.	-
3. Sterk geritualiseerde maaltijden in gezin van herkomst partner	-
4. Onderscheiden houden van de maaltijdrituelen in het gezin van herkomst kind.	-
5. Alcoholische ouder in gezin van herkomst partner.	+
6. Frekwent contact met familie van herkomst kind.	+
7. Tweede kind zijn.	-

(Bennett, Wolin, Reiss, et al , 1987, p125)

De auteurs leidden hieruit af dat de bescherming tegen transmissie van alcoholisme hoog is wanneer een ouderlijk gezin erin slaagt zijn maaltijdrituelen onderscheiden te houden van de alcohol, wanneer het kind zich voldoende kan differentiëren van het gezin van herkomst, wanneer men als koppel weloverwogen keuzen maakt m.b.t. de eigen rituelen en wanneer in het gezin van herkomst van de partner een goeie (maaltijd)organisatie optreedt. Vooral de zonen van de alcoholische vaders zouden hierdoor beschermd worden.

2.7.

In 1987 ontwikkelen Steinglass, Bennett, Wolin en Reiss op basis van de voorgaande studies, een geïntegreerde visie op de levensloop van alcoholische families. Het is een vooral voor clinici interessante studie. De gezinsontwikkeling wordt door de auteurs herleid tot drie fasen:
- *vormen*: of het zich differentiëren t.a.v. de gezinnen van herkomst en het ontwikkelen van een eigen identiteit. De keuze van de rituelen vormt hier een belangrijk element.
- *behoud* : de ontwikkeling van een gezinsthema, het engagement in het gezin, het zich houden aan de regels. Vooral de dagelijkse routines komen hier op de voorgrond.
- het *loslaten* van de kinderen en het zich herorganiseren als ouderpaar. Hier treedt een hernieuwde interesse in identiteitsvorming op: de identiteit als familie, met binding naar vorige en volgende generaties.

Alcoholische families zouden zich in mindere mate differentiëren van de gezinnen van herkomst, minder selectief zijn in de keuze van hun rituelen. In de middenfase hebben ze last met het onderscheiden houden van hun routines t.a.v. de alcohol. Alcohol verstoort veelal de dagelijkse routines en het gevecht met het alcoholisme van een van de gezinsleden noopt tot voortdurende onmiddellijke oplossingen, die ten koste gaan van de ontwikkelingstaken. Het gezin komt vaak tot een zich afsluiten van de buitenwereld, verliest zijn samenhang in alcoholische periodes en komt pas goed in de problemen wanneer alcoholgebruik in de rituelen wordt opgenomen. Alcohol is het gezinsthema geworden, waarrond het geheel stabiel is georganiseerd.
In een latere fase wordt, mede als gevolg van de organisatie omheen alcohol en van het zich niet differentiëren van de kinderen, alcoholisme overgedragen naar de volgende generatie. De cirkel is rond.

Uit dit theoretisch model kunnen duidelijke implicaties voor assessment en interventie afgeleid worden. Ze worden mijn inziens het best als volgt geformuleerd:
- alcoholisme is een gezins- en zelfs een familieprobleem. Benoem het van meetaf aan zo.
- alcoholisme is deel van de gezinsorganisatie: analyseer de dagelijkse gezinsroutines, de oplossingen die het gezin kiest voor een drinkepisode.
- alcoholisme is gerelateerd aan de gezinsontwikkeling: analyseer de manier waarop het gezin aan zijn ontwikkelingstaken tegemoet kwam en komt.
- alcoholconsumptie beëindigen is het weghalen van het gezinsthema: het geheel staat voor het verlies van zijn organiserend principe.
- concentreer op de ontwikkelingstaken: voor welke opgave staat het gezin, hoe kan het deze taak aanpakken. Competentie bouwen vormt de hoofdmoot van de therapie en laat toe een nieuwe identiteit als gezin te ontwikkelen.
- voor die gezinnen waar alcohol nog niet het gezinsthema is geworden, is het installeren van stevige routines, het voorschrijven van rituelen en het helpen bij ontwikkelingstaken de aangewezen weg.

3. Besluit:

In dit artikel overliepen we aan de hand van de opeenvolgende studies van Steinglass e.a. de hypothesen inzake familievariabelen en overmatig alcoholgebruik. Volgende punten willen we weerhouden:
- verschillende variabelen differentieren tussen gezinstypes;
- engagement binnen de familie lijkt een belangrijke factor in het behoud van de relatie.
- differentiatie en behoud van rituelen lijken van belang bij het zich beschermen tegen transmissie van alcoholisme;
- en vooral: interventie is gezinsinterventie en impliceert het bevorderen van de gezinsontwikkeling. Het gezin als geheel moet competent worden, niet de gebruiker alleen.

Bibliografie

Bennet, L. , Wolin, S., Reiss, D. & Teitelbaum, M. (1987). Couples at risk for the transmission of alcoholism: protective influences. Family Process, 26, 111 - 129.

Jacob, T. & Seilhamer, R. (1987). Alcoholism and family interaction. In T. Jacob (Ed.), Family Interaction and Psychopathology. New York, Plenum Press.

Reiss, D. (1981). The family's construction of reality. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Steinglass, P. , Tislenko, L. & Reiss, D. (1985). Stability/instability in the alcoholic marriage: The interrelationship between course of alcoholism, family process and marital outcome. Family Process, 24, 365 - 376.

Steinglass, P. (1981). The alcoholic family at home: Patterns of interaction in dry, wet and transitional stages of alcoholism. Archives of General Psychiatry, 38, 578 - 584.

Steinglass, P. (1980). A life history model of the alcoholic family. Family Process, 19, 211 - 225.

Steinglass, P. (1979). The Home Observation Assessment Method (HOAM): Real-time naturalistic observation of families in their homes. Family Process, 18, 337 - 354.

Steinglass, P., Davis, D. & Berensen, D. (1977). Observations of conjointly hospitalised "alcoholic couples" during sobriety and intoxication: Implications for theory and therapy. Family Process, 16, 1 - 16

Steinglass, P., Weiner, S. & Mendelson, J.H. (1971). A systems approach to alcoholism: A model and his clinical application. Archives of General Psychiatry, 24, 401 - 408.

Van Oost, P. (1983). Recente ontwikkelingen in de psychotherapie: implicaties voor de visie op en behandeling van alcoholmisbruik. In Verslavingszorg, 59 - 80.

GEZINSTHERAPIE MET VERSLAAFDE ADOLESCENTEN EN HUN GEZIN VAN HERKOMST BINNEN EEN INTRAMURALE SETTING

Bert HILLEN*

Heel wat jonge mensen die terecht komen op een opnameafdeling van een psychiatrisch ziekenhuis zijn afhankelijk van allerlei legale en illegale bewustzijnsbeïnvloedende stoffen.

Veel van deze (soms wat late) adolescenten zitten verwikkeld in een niet aflatende strijd met hun ouders : het draait er om wie verantwoordelijkheid opneemt over hun ontregeld gedrag.

Toen ik in het begin van de jaren 80 HALEY's "Weg van thuis" (1980) in handen kreeg, was het niet te verwonderen dat dit boek mijn aandacht trok.
Het boek handelt immers over jonge mensen tussen 16 en 30 jaar die in de levensfase zijn beland waarop ze het ouderlijk huis verlaten. Bij sommigen lukt dit echter niet : een aantal van hen verblijft nog thuis, anderen keren weer naar hun ouders of doen nog steeds veel beroep op hen (STANTON en TODD 1979).
Als strategisch systeemtherapeut heeft HALEY verschillende jaren samengewerkt met S. MINUCHIN die in zijn gezinstherapieën focust op de gezinsstruktuur als hefboom tot individuele verandering (1973 en 1979).

In zijn "Weg van thuis" maakte HALEY van beide modellen een synthese : de strategische herstrukturerende systeemtherapie. Hij definieert verslaving als een (her)opvoedingsprobleem dat zich manifesteert binnen de eerder genoemde moeilijke overgangsfase van de adolescent.

Deze tekst is ingedeeld in twee hoofdstukken : probleemdefiniëring en probleemoplossing.
Dit is ook de weg waarlangs HALEY zijn veranderingsstrategie opzet.

I. PROBLEEMDEFINIERING : EEN GESTOORDE GEZINSSTRUKTUUR

In gezinnen met adolescenten die moeilijk het ouderlijk huis kunnen verlaten zien we meestal een gestoorde gezinsstructuur en gezinskommunikatie.

In de meeste gevallen herkennen we het gesloten kluwengezinstype. De zoon** zit triadisch verstrikt tussen de ouders : hij speelt de rol van hulp-ouder.
De grenzen tussen de generaties zijn dus zwak. De leden leven ontzettend dicht op mekaar.

* Bert HILLEN is Socioloog-Systeemtherapeut op de ontwenningsafdeling van het U.P.C. te Bierbeek, Leuven.

** Om de leesbaarheid van de tekst te vrijwaren schrijven we hier "zoon" respectievelijk "hij". Het is vanzelfsprekend dat dit tevens "dochter" respectievelijk "zij" kan betekenen.

Ook naar buiten toe heeft het gezin weinig kontakten.
Door dat kluwen van relaties kan niemand in dit gezin taxeren met welke "pet" de ander spreekt : spreekt vader tegen de zoon als ouder of vriend, spreekt zoonlief tegen moeder als haar kind of als hulp-ouder ..?
Ouders en kind(eren) kunnen zodoende niet uitmaken wie het voor-het-zeggen-heeft. Er is een onduidelijke kommunikatie, een onduidelijke beïnvloeding.

De ouders kunnen hun zoon niet loslaten.
Wanneer zo een 'belangrijk' kind aanstalten maakt om het ouderlijk huis te verlaten, duiken vroegere partnerproblemen op, met name moeilijkheden die in de vorige gezinsfasen in de ijskast waren gestopt (HALEY, 1975).
Hun zoon offert zich nu (opnieuw) op om de rol van "kommunikatiemedium" op zich te nemen. Rechtstreeks over hun eigen meningsverschillen kommunikeren, lukt de ouders niet. Een partnerprobleem wordt binnen een dergelijk gezin vertaald in een kindprobleem. Hun zoon pleegt ontregeld gedrag dat de ouders niet kunnen bijsturen. Omdat hun kind tussen hen zit, lukt het hen niet om samen aan één (kant van de) lijn te trekken.
Zij leggen de verantwoordelijkheid voor zijn gedrag niet bij zichzelf, maar bij de school, de jeugdclub, de slechte vrienden , de hulpverleners ...

De zoon kan zich ook niet losmaken uit zijn gezin.
Met leeftijdsgenoten buiten het gezin kan hij geen blijvende intieme relaties aanhouden. Hij blijft financieel afhankelijk van zijn ouders : zij betalen/regelen zijn schulden en afbetalingen, onderhouden hem volledig of gedeeltelijk. Uit hogergenoemde studie van STANTON en TODD (1979) blijkt dat van deze adolescenten 2/3de nog thuis verblijft, en dat 4/5de nog wekelijks kontakt heeft met hun gezin van herkomst.

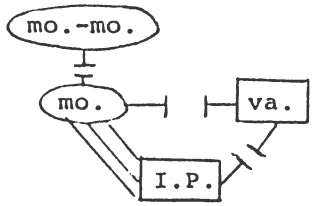
In tegenstelling met zijn leeftijdsgenoten is hun zoon niet bezig met studies, opleiding of werk (zoeken) : hij begint er niet aan of maakt het niet af.

Samenvattend stellen we dat het ontregeld gedrag van de zoon de gezinsorganisatie verstoort, maar dat hij er tegelijk voor zorgt dat dit kluwengezin samenblijft door zich te scharen rond deze (ene) gemeenschappelijke zorg, nl. het probleemkind.

In fig. 1 en 2 zien we die gezinsstruktuur en de terugkerende kommunikatiereeksen uitgetekend.

UITGETEKEND

zien we de volgende GEZINSSTRUCTUUR

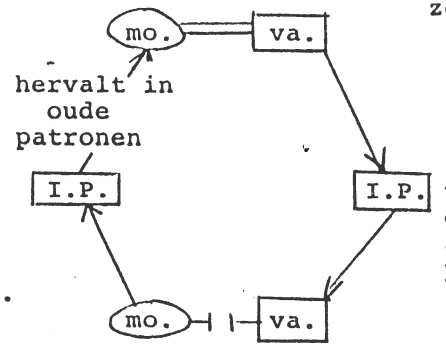


1) een konfliktueuze relatie : va.-moe.
2) een afstandelijke relatie : va.-I.P.
3) een overgeïnrolveerde relatie : moe. -I.P.
4) een ambivalente [- konfliktueuze / - overbeschermde] relatie mo.-mo.mo.

Fig. 1

zien we de volgende steeds terugkerende KOMMUNIKATIEREEKS

start = opname + behandeling -> toenadering tussen vader en moeder toename van gemeenschappelijke zorg



vermindering ontregeld gedrag afname gemeenschappelijke zorg

<-- verslechtering relatie va.-moe.

Fig. 2

II. PROBLEEMOPLOSSING : NAAR EEN HERSTRUKTURERING VAN DE GEZINSORGANISATIE:

Wanneer we de gezinsstruktuur herstellen, zullen de gezinskommunikatie verbeteren en het ontregeld gedrag van de zoon afnemen.

We vergroten de ouderlijke macht door de generatiegrenzen duidelijker te trekken : vader en moeder in de ouderrol en hun zoon in de kindrol. Daardoor voorkomen de ouders dat hun kind deel blijft uitmaken van hun eigen (partner)problemen. We gaan de ziekmakende kommunikatie via hun zoon ombuigen tot een aktieve samenspraak tussen de ouders.
Samen met hen gaan we de (her)opvoeding van hun kind opzetten. We maken dus van hun partnerprobleem een ouderprobleem.

Welke strategie hanteren we om deze doelstellingen te bereiken? We zetten een behandeling op in 4 fasen : ontgiftiging en behandeling(splan), voorbereiding op ontslag, terug naar huis en ter afronding follow-up.
In de gesprekken met de ouders wordt er regelmatig aan herinnerd dat de adolescent zich op termijn uit het ouderlijk gezin moet losmaken.

Fase 1 : Opname, eerste gesprekken, behandelingsplan.

Van bij het eerste kontakt is het belangrijk de ouders geen blaam of schuld te geven over de opvoeding van hun zoon. Hij heeft immers vlugger willen lopen dan hij kon stappen, heeft het nest te vlug willen verlaten, heeft een fase in zijn opvoeding willen overslaan...

We praten niet over ziekte-etiketten, karakterstoornissen of diepere oorzaken. We praten echter wel over het ontregeld gedrag van hun kind en wat daaraan gedaan moet worden.
De eerste gesprekken verlopen meestal met de ouders alleen, zodat hun zoon kan zien dat het hier om een ouder- en een opvoedingsprobleem gaat. Met de ouder(s) vormen we een opvoedingsteam.

Vanaf de eerste gesprekken sporen we samen met de ouders hun zoon aan zich voor te bereiden op hervatten of aanvatten van werk, studie, opleiding of herscholing. Met het oog hierop worden in zijn individueel behandelingsprogramma een stel trainingen opgezet. Wanneer de ouders klaar zijn met het opstellen van een reeks afspraken, kan de zoon op week-end gaan.

Fase 2 : voorbereiding op ontslag.

In deze fase geven we de verantwoordelijkheid over het gedrag van hun kind aan de ouders terug. Er worden langere proefweekenden opgezet.
De ouders laten ons weten wanneer ze klaar zijn om hun zoon terug thuis te nemen. Beiden stellen ze leefregels op voor de periode na het ontslag.

Fase 3 : terug naar huis en een mogelijke terugval.

Op de voorgestelde datum gaat de zoon terug naar huis.
Deze fase wordt, zoals gezegd, benoemd als een overgangsfase voor de adolescent om op eigen benen te gaan staan. Wanneer de ouders zien dat hun zoon zich weer normaal gedraagt en abstinent blijft, wanneer ze geloven dat hij standvastig is, kan hij zelfstandig gaan wonen. Eerst moet hij echter terug bij zijn ouders gaan wonen, zodat zij zijn opvoeding kunnen afronden.

Bij spanningen tussen de ouders kan hun kind zijn behoefte om de stap naar zelfstandigheid te zetten weer opofferen, waardoor hij hervalt (zie fig. 2). Die terugval kan twee vormen aannemen :
Ofwel wordt hun zoon apatisch : hij neemt geen enkel initiatief naar werk, studies, ligt hele dagen in bed ...
Ofwel wordt hij opstandig : loopt weg, komt zeer laat thuis, steelt, gebruikt ....

De therapeuten zoeken dan met de ouders uit op welke manier de hiërarchie opnieuw verstoord is en hoe de ouders weer terug aan één lijn gaan trekken om hun zoon bij te sturen.
Een heropname wordt zoveel mogelijk uitgesteld. We kiezen er eerder voor om iedereen in het netwerk te mobiliseren en zo door de krisis heen te geraken. Vader haalt bvb. de zoon uit bed en brengt hem naar school of werk, vader en moeder gaan de leefregels strikter toepassen ... enz.

Fase 4 : follow-up

In deze fase houdt de therapeut periodisch kontakt met de ouders. Hij telefoneert steeds minder. Hierdoor trekt hij zich alsmaar meer uit het netwerk terug. Hij blijft altijd voor hen bereikbaar.

Samenvattend kan worden gesteld dat wij het verslavingsprobleem bekijken als een (her)opvoedingsprobleem tijdens een moeilijke overgangsfase in het gezin. We gaan ervan uit dat de gezinshiërarchie verstoord is. Daarom focussen we op een herstrukturering waardoor de gezinskommunikatie en het ontregeld gedrag van de adolescent veranderen.
In de eerste fasen zal de therapeut zich sterk inzetten. Later trekt hij zich geleidelijk terug opdat de ouders de verantwoordelijkheid over het gedrag van hun zoon terugnemen.

M. DUNCAN STANTON, THOMAS C. TODD (1979) : Structural family therapy with drug addicts, in Family therapy of Drug and Alcohol Abuse, Ed. E. KAUFMANN and P. KAUFMANN, Gardner press, INC, New York

HALEY J. (1975) Buitengewone therapie, De methoden van Milton H. ERIKSON, Uitg. De Toorts, Haarlem

HALEY J. (1980) Leaving Home : The Therapy of Disturbed Young People, Mc. Graw-Hill Book CO., New York

MINUCHIN S. (1973) Gezinstherapie : analyse van gezinsstructuur en gezinsstructuurtherapie, Uitg. Het Spectrum Utrecht/Antwerpen

MINUCHIN S. (1979) Constructing a therapeutic reality, in Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse, Ed. E. KAUFMANN and P. KAUFMANN, Gardner press, INC, New York.

Praktijkervaringen

Bea De Maeseneer

Ik wil u eerst kort vertellen vanuit welke praktijkervaring ik zal spreken.
Ik werk als psycholoog in v.z.w. 'De Sleutel'. 'De Sleutel' omvat drie afdelingen. Ten eerste het crisiscentrum 'De Ark' waar er een 24 uur op 24 uur opvang mogelijk is van mensen in probleemsituaties. Door de historische banden met 'De Sleutel' is 'De Ark'wel bekend onder zijn specialisatie in de opvang van verslaafden. Daarnaast is er het Drugvrij Therapeutisch programma. Hier trachten mensen hun verslavingsprobleem of ernstig probleem in de identiteitsontwikkeling om te buigen. Dit gebeurt enerzijds op basis van een gedragsverandering (d.i. het pedagodisch aspekt van het programma) en anderzijds door het doormaken van een individideueel verwerkingsproces, waarbij de persoon deze gedragsveranderingen blijvend integreert. Tenslotte is er het 'Ambulant Centrum voor Drugproblematiek' te Antwerpen. Hier richten we ons naar jonge verslaafden (jong qua leeftijd en verslavingsgeschiedenis). Het gaat hier om de opvang van jongeren die binnen een bestaand (clean) sociaal netwerk leven en waar het gebruik het perspektief op het vervullen van een regelmatige dagtaak nog niet onmogelijk heeft gemaakt.

Binnen de v.z.w. werk ik met 'mensen uit de omgeving van de verslaafde'. De belangrijkste figuren daarbij zijn meestal de ouders (of in ruime zin diegenen die ten aanzien van een persoon de opvoedingsverantwoordelijkheid hebben). Wanneer wij spreken over 'mensen uit de omgeving van de verslaafde' dan sluiten we daar ook belangrijke niet gebruikende vrienden bij in. Het is immers onze ervaring dat de reïntegratie na behandeling voor verslaafden die geen steunpunt hebben in een sociaal netwerk bijzonder moeilijk is . We besteden ook bijzondere aandacht aan broers en zussen. Binnen een gezin met een verslaafde wordt er dikwijls over niets anders gesproken dan over het verslavingsprobleem. Met een boutade zou men kunnen zeggen dat ouders en andere familieleden de slaaf zijn van de verslaving.

Daarbij speelt het isolement van het gezin een belangrijke rol. Ouders mijden de kontakten met een vereniging, met andere familieleden, met buren ... omdat er nu eenmaal niets te vertellen is over een verslaafd kind. Hij of zij werkt niet, volgt geen studies, heeft geen vriend of leuke vriendin. Dit isolement verhoogt de druk op de 'niet verslaafde' kinderen. Let hierbij op de gevaarlijke wending die in deze omschrijving zit; alles wat binnen het gezin gezegd of gedaan wordt refereert naar de verslaving.

Zeker, met de theorievorming uit de gezinsbenadering kan men zeggen dat 'het gezin zich organiseert rond het symptoom, rond de symptoomdrager'. Het is inderdaad niet zo moeilijk te plaatsen waarom dat zo is. De symptoomdrager is als het ware de dreigende verstoring van het zo kostbare gezinsevenwicht voor geweest, precies door het ontwikkelen van zijn symptoom. Bij verslaving van een jongere aan (ook illegale) drugs zitten er in het proces van symptoomvorming een aantal adders onder het gras of in de spuit, zo u wil.

Verslaving is een probleem dat bij de aanvang voor het gezin verborgen is. Dat is ook zo voor de jongere zelf. Op school, in café's, in de disco, in de sport of jeugdclub worden producten aangeboden (alkohol, hasj, speed). Het gebruik van producten houdt een mogelijke verslaving in, maar leidt niet noodzakelijk tot verslaving. Dit is trouwens één van de impasses van de preventie ten aanzien van verslaving. De boodschap 'Pas op, drugs zijn gevaarlijk en verslavend' volstaat in geen geval. Want elke jongere kent wel iemand die af en toe gebruikt zonder dat dit daarom uit de hand loopt.
Ik ga hier niet in op de discussie om de grens te bepalen wanneer iemand verslaafd is. Bij wijze van werkhypothese kunnen we spreken over verslaving wanneer voor iemand het gebruik van producten moet dienen als een manier om psychische en relationele problemen (in ruime zin) op de lossen. De nadruk ligt dus meer op het proceskarakter dan op de biochemische effecten van een bepaalde stof.

Wanneer voor het individu duidelijk wordt dat gebruik een belangrijke plaats gaan innemen is in zijn leven, dan wordt dit in de eerste plaats zoveel mogelijk miskend. De maatschappelijke en sociale druk speelt hierin een belangrijke rol. En alle ideeën over bespreekbaarheid en maatschappelijke tolerantie ten spijt is het bijna onveranderlijk zo dat voor jongeren op problematisch gebruik een taboe rust. Dit wordt verstevigd door een aantal andere fenomenen die met de ontwikkeling van een 'gebruikerscarrière' te maken hebben. Een belangrijk moment daarin is wanneer de jongere niet meer over voldoende middelen beschikt om het gebruik te financieren. Heel snel worden hier maatschappelkijke waarden en normen verlegd. Bij voorbeeld binnen het gezin. Het is immmers gauw meegenomen wanneer er toevallig 500 fr op de kast was blijven liggen en niemand er erg in heeft dat het geld plots verdwenen is. Het is gemakkelijk te vertellen dat je fiets aan het station gestolen is, terwijl hij in feite verkocht is. Het is toch normaal dat je af en toe bij een vriend of vriendin blijft slapen. Waarom dan niet een nachtje door'blowen'?

Heel snel wordt een soliede band gelegd tussen ontspanning en gebruiken. Gebruiken biedt een pasklare oplossing voor de problemen die een jongere heeft bij het zoeken naar een weg in de wereld. Eigenlijk is een jongere die bezig is met gebruiken een adolescent zoals alle andere, of toch niet helemaal?

Voor ouders blijft de verklaringsgrond voor het ietwat stug gedrag van een adolescent terecht de moeilijke jaren. Gebruik blijft voor vele ouders nog 'een ver van mijn bed show'. Tot op het moment van het 'incident'... moeder vindt een brokje hasj in de portemonnee; een telefoon vanuit het ziekenhuis met het bericht dat zoon of dochter opgenomen is. In zo'n panieksituatie richt de ouder zich tot de hulpverlening. Ook meer algemeen is het zo dat de vraag rond het gebruik van een jongere een vraag uit de omgeving is (school, P.M.S., jeugdbeschermingscomité). De hulpverlener wordt gekonfronteerd met een vraag , die in feite de vraag van de ander is.

Ik wil hier trouwens de band leggen met de moeilijkheid waarmee de volwassen (in leeftijd) gebruiker zich tot de hulpverlening wendt. Hulp wordt niet gezocht vanuit de verslaving, een persoon met een verslavingsprobleem zoekt hulp wanneer hij gedwongen wordt door de negatieve gevolgen van zijn gebruik (veroordelingen, schulden, lichamelijke aftakeling,...). De gevraagde hulp betreft dus niet het verslavingsgedrag in de enge zin van het woord.

Het is een belangrijk punt in de drughulpverlening dat de hulpvraag ~~Ge~~ in één of andere zin steeds verplaatst is.
Wanneer ouders hulp vragen t.a.v. een adolescent die gebruikt dan zijn er verschillende uitgangssituaties mogelijk.

1. De twijfel

Deze situatie doet zich voor wanneer ouders hulp komen vragen en dit vaak zonder het medeweten van de adolescent in kwestie. Ook wanneer men van bij de aanmelding de jongere mee uitnodigt voor een gesprek dan blijft het moeilijk om als drughulpverleningscentrum de discussie uit het welles- nietes rond gebruik te houden. Wel is het zo dat samen met een vraag rond eventueel gebruik een hele resem klachten komen van onverantwoordelijk gedrag (niet respecteren van de huisregels, job of studie verwaarlozen, geen rekening houden met het huisgenoten, e.d.m. ...). Wanneer men doorvraagt merkt men dat er in het gezin weinig mechanismen zijn om een regel te doen respecteren. Ten aanzien van andere vormen van probleemgedrag neemt gebruik hier een aparte plaats in. De juridische en fysieke risicosituatie vormt een sterk argument in de 'weerstand tegen verandering'.

Dit brengt me bij een tweede uitgangspositie van waaruit ouders naar drughulpverlening stappen: de onmacht.

2. De onmacht

Vaak hoor je de klassieke zin 'ik heb met goedheid geprobeerd, door streng te zijn , door kwaad te zijn ... niets helpt. Hij/zij doet het altijd weer.' De massieve onmacht is een massieve vraag naar advies en dat is een valkuil waar best uitgebleven wordt. Goede raad helpt meestal vrij weinig. Ook als men probeert om met de opvoeders een aantal veranderingen in houding en het meer consequent aanhouden van regels te bespreken, dan wordt dit snel ondermijnd. 'Als ik strenger ben, zal hij/zij meer gaan gebruiken... of loopt hij./zij helemaal weg.'
Het is vaak ook zo dat binnen het gezin niet voldoende krachten aanwezig zijn om dit door te voeren .

Een andere verschijningsvorm van deze onmacht is de onmacht van het hulp bieden zèlf. De ouders van een verslaafde nemen lang de verantwoordelijkhgeid op voor de moeilijkheden die een jongere met zijn gebruik creëert. Deze 'hulp' van de familie komt in feite neer op het in stand houden van het verslavingsgedrag. Telkenmale een vader een gerechtelijke boete betaalt, of moeder voor een ziekenbriefje zorgt, wordt voor de jongere de maatschappelijke consequentie van zijn gebruik weggenomen. Maar ja, wie wil nu dat kindlief een strafblad heeft, of weer op het werk wordt buitengegooid wegens onwettige afwezigheid.
De tussenkomst van de (professionele hulpverlener) is er hier op gericht het hulpverlener (van de ouders) stop te zetten. Het komt er op aan de jongere voor de consequentie van zijn gebruik te stellen.

3. het willen weten:

Wanneer de familie zich naar de hulpverlening richt vanuit het incident,vb. iemand is 'opgepakt', of er is een over dosis met opname in het ziekenhuis ..., dan is de eerste, begrijpelijke reaktie de paniek. Wanneer daarrond en vermoeden van gebruik onomstootbaar aan het licht komt, dan zien we dat waar aanvankelijk miskenning was, er een soort herschrijven komt van het verleden, 'en toen ..., en met die vriend ...'. Op dat moment vindt het gezin een nieuw woord waarrond het gezin zich organiseert.

'Verslaving' als gegeven krijgt een plaats binnen de psychische arbeid van het gezin. In grote lijnen zijn hier twee soorten reakties mogelijk, die elk aan een kant van eenzelfde continuum liggen. Ofwel gaan de gezinsleden de verslaving 'op zich nemen'; hier wordt dan gesproken over 'ik ben ook verslaafd ... aan roken, aan snoepen, aan drank'. Het gaat hier over een hardnekkig soort tolerantie. Anderzijds kan de ideologie van de 'sterke wil' overheersen. Dit idee is evenzeer weinig vatbaar voor verandering. Want waar de wil bij uitstek ontbreekt is 'natuurlijk'aan de kant van de verslaafde.
In de manieren waarop het gezin met de verwerking van het gegeven 'verslaving' bezig is, komt er een fenomeen op de voorgrond. Met name: de gretigheid van 'het willen weten'.
Er is vb het willen weten hoe je kan erkennen dat je kind onder invloed is (de ogen, gedragingen etc.), er is het willen weten over manieren van gebruiken, lichamelijke en juridische gevolgen, de 'geneesbaarheid'! Dit zijn evenwel vragen die men rond om het even welk ander symptoom kan verwachten. Wat typisch is voor de toxicomanie is het willen weten over het plezier dat er aan is.
Binnen dit willen weten zit ook de vraag naar de aanpak:'wat moet ik doen, hoe moet ik hem /haar aanpakken?'. Het gaat hier soms om de vraag wie is de deskundige, wie is de therapeut? Ouders hebben vaak veel ervaring met verschillende vormen van hulpverlening en raken door herhaaldelijk herval ontmoedigd, zodat er slechts een smalle basis is voor interventie vanuit een (nieuw) hulpverleningsaanbod.

Tot zover enkele uitgangssituaties bij de vraag van een gezin met een verslavingsprobleem.

Tot slot wil ik een meer inhoudelijk punt bespreken en dat als open vraag ter overweging achterlaten. Als ik in Antwerpen een aanmelding van een moeder met een drugverslaafde adolescent op agenda krijg, dan slaat me soms de schrik om het hart.
Het scenario lijkt zo klassiek; alleenstaand, een paar kinderen, de één doet het goed, met de ander 'zijn er niets anders dan problemen'. De vader ... ?
In de theorievorming over verslaving wordt gerefereerd naar die afwezige vader en de te beschermende moeder. Is het de vader die kort na de geboorte van de kinderen het gezin verlaten heeft de afwezige vader? Of is het de vader die enkel carrière gemaakt heeft? Of is het ook de vader die vroeger een buitenechtelijke relatie had en nu 'alles wider gut' wil maken. Of is het de vader die zelf op antabuse staat en die toch nog maar eens 2000 fr geeft voor heroïne? Of gaat het om de moeder die elk 'nee' van haar echtgenoot ondermijnt?

De afwezige vader is meer dan een man die 'niet daar is'. Eén ding is zeker: het is geen eenvoudige zaak om vaders 'vader' en moeders 'moeder' te maken, om zo aan een derde de kans te geven volwassen te worden.

Bea De Maeseneer

ECHTPAARTHERAPIE BIJ MENSEN MET ALCOHOLMISBRUIK.

L.Taccoen

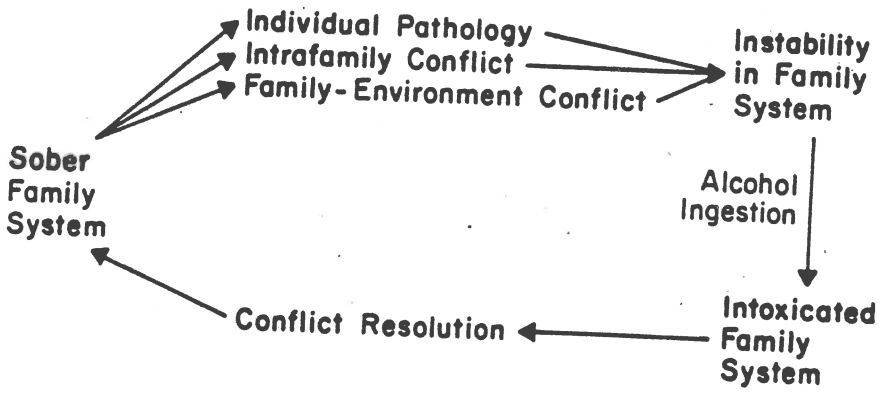
In deze uitéénzetting wil ik kort een drietal punten behandelen. Ten eerste: waarom echtpaartherapie bij mensen met ernstige alcoholproblemen? Ten tweede : hoe verloopt nu een dergelijke therapie? En ten derde : welke zijn de mogelijke valkuilen?

Vooraléér het eerste punt aan te snijden wil ik toch eerst mijn werksituatie verduidelijken. Ik ben verbonden met de desintoxicatie-eenheid van het psychiatrisch ziekenhuis van de Broeders Alexianen in Tienen. Dit wil zeggen dat de mensen die ik in echtpaartherapie krijg allemaal mensen zijn met duidelijke alcoholproblemen. Ik word met andere woorden zelden of nooit gekonfronteerd met een koppel waar het alcoholprobleem verborgen is of door het koppel wordt ontkend of geminimaliseerd. Dit maakt mijn werk gemakkelijker. Immers veel litteratuurgegevens die over het onderwerp handelen vermelden juist dat één van de grote problemen precies gelegen is in het feit dat alcohol vaak een verborgen iets is en dat de onervaren therapeut dit probleem méé minimaliseert of ontkent.

Waarom echtpaartherapie bij onze alcoholisten? Een vijftiental jaren geleden lag het accent van onze ontwenningskuur in het motiveren van de individuele patiënt.De patiënt ging naar huis met hoge verwachtingen. Doch al vlug kwam de desillusie. Vanuit de klinische ervaring is gebleken dat de alcoholisten en hun partners grote moeilijkheden hebben om hun dagdagelijkse problemen en geschilpunten op te lossen. Dit is natuurlijk niet uniek voor mensen met alcoholproblemen. Maar toch mogen we stellen dat een koppel met alcoholproblemen vaak niet geleerd heeft problemen nuchter op te lossen. Dit deficit wordt alvlug een belangrijke faktor in de eerste faze onmiddellijk na de ontwenningskuur. Hoewel goed gemotiveerd zien we dat het huwelijk een bron blijft van stress en onvoldaanheid. Veel mensen denken dat eens het alcoholprobleem opgelost is, nu alles wel vanzelf zal gaan. Het 'samen-spreken' zal niet méér gestoord worden door een in-slaap-vallende echtgenoot of door de boze reacties van een dronken man. Maar juist nu, ontnuchterd, stelt men vast dat men er toch niet in slaagt het hoofd te bieden aan de interpersoonlijke konflikten en problemen. Pas nu wordt de impasse totaal. De gehele ontwenningskuur, de vele goed-bedoelde-inspanningen, het heeft allemaal tot niets gediend, het heeft allemaal niet mogen baten, alles is tevergeefs geweest.Vroeger lag de oorzaak in het drinken en wat nu?

Wat ik tot nu toe gesteld heb is zowat het standpunt van het gezond verstand, en het is dan ook van hieruit dat wij

begonnen zijn om systematisch de partners te betrekken bij de behandeling. Vanuit de theorievorming en het systeemdenken was men intussentijd al ver gevorderd met het "alcohol-maintenance-model" (1).



Hieruit werd duidelijk dat binnen het gezin van de alcoholist,alcohol vaak een adaptieve funktie had. Alcohol moest dienen om problemen op te lossen en op die manier werd het drinkgedrag ongewild bekrachtigd en in stand gehouden. Alcohol krijgt binnen het systeem een stabiliserende funktie en zo kan het systeem onbewust beletten dat iemand nuchter wordt. Let wel deze stelling uit het systeem-denken betekent niet dat de oorzaak van het alcoholisme in de gezinsinteracties zou gelegen zijn. In het systeemdenken plaatst men de 'oorzaken' tussen haakjes. Men beschrijft enkel hoe binnen een gezin alcohol 'onbewust' een bekrachtigende en stabiliserende faktor kan worden. Therapeutisch gesproken is het dan overduidelijk dat we de voordelen van het alcoholgedrag eerst moeten opsporen om daarna alternatieve probleem-oplossende gedragingen te vinden.
Onze oorspronkelijke vraag, waarom echtpaartherapie bij de behandeling van alcoholisten, lijkt nu triviaal en overbodig. Wij moeten ons tegenwoordig eerder verantwoorden waarom we de familie niet bij de behandeling betrekken. Toch graag enkele bedenkingen. Voor mij is er voldoende 'bona fide' evidentie om de families te betrekken bij het behandelen van verslavingsproblemen. Wetenschappelijke studies wijzen in dezelfde richting. Toch moet de stelling dat alcohol een adaptieve funtie vervult binnen het familie-systeem - strikt wetenschappelijk gesproken nog bewezen worden aldus TH.Jacob (2).
Immers het gebeurt ook vaak dat als we de families niet betrekken bij de behandeling en de alcoholist stopt met drinken,het hele systeem toch beter gaat funktioneren. Een ander tegenargument ligt in de simpele maar soms schrijnende vaststelling dat ondanks het feit dat de alcoholist stopt met drinken de relatie helemaal niet betert, maar de alcoholist toch "droog" blijft. Ik ken heelwat "droge"-alcoholisten

die affektief-sexueel gesproken, géén toenadering méér krijgen met hun echtgenote, de frustraties zijn vrij groot , maar toch blijven ze nuchter. Een laatste opmerking ligt in het feit ik ook alcoholisten ken die nu hun 'nuchter'-zijn in plaats van hun 'drinken ' als wapen gebruiken! Deze bedenkingen zijn niet noodzakelijk in kontradiktie met het bovengenoemde model,maar toch zijn ze er niet zo gemakkelijk mee te integreren. Ik meen dat alcoholmisbruik door zijn 'chronisch' karakter zijn adaptieve funktie kan verliezen. In die zin blijft het alcoholisme vaak een 'relatief autonoom syndroom' dat opzichzelf kan behandeld worden.

Hoe verloopt nu een echtpaartherapie in de praktijk?
Vanuit het systeemdenken en de kommunikatie-theorie gaat de focus naar de 'interacties'tussen de verschillende leden van het geheel. Wanneer ik naar mijn praktijk kijk dan zou ik het graag als volgt voorstellen. De therapie is als een film waarvan de focus telkens verschuift van positie. In het begin focuseer ik hoofdzakelijk op het belevingsaspect van beide partners. Ik laat hen om beurt beschrijven wat hen 'emotioneel' raakt en bezighoudt en hoe zij van daaruit reageren naar hun partner toe. Dit is een zeer belangrijk moment. Zonder dat uitgangspunt begrijpen we niet echt wat mensen 'bezielt' en hoe zij zichzelf en de partner ervaren. Impliciet wordt hierbij beklemtoont dat beide partners even waardevol zijn en leren ze van elkaar dat ze beiden handelen vanuit hun eigen interpunktie. Op deze manier is de focus geruisloos verschoven naar de interactielus tussen de partners. Ze leren begrijpen hoe bepaalde interactiepatronen steeds terugkomen en dat ze vaak op een stereotype wijze met elkaar omgaan. Op dit moment is het zaak om buiten 'de strijd om het gelijk'te blijven. Wanneer dat lukt en wanneer beide partners hun eigen aandeel binnen het probleem onderkennen maken we een hele stap vooruit. De partners worden nu gestimuleerd om méér naar elkaar toe te spreken. Ze leren luisteren, gevoelens en irritaties uiten, positieve feedback geven enz. .Ze leren ook zoeken naar een juistere probleemdefiniëring die circulair wordt opgesteld. Pas in een laatste faze gaat de focus naar het zoeken van mogelijke oplossingen. De beide partners worden verzocht zelf allerlei mogelijke oplossingen voor te stellen en ze leren ook dat men niet noodzakelijk direkt tot een oplossing moet komen. We leren vaak het gesprek stoppen zonder definitieve afspraken of oplossingen. Afspraken mogen immers niet al te lichtzinnig of te rap tot stand gebracht worden. Als de afpraken mislukken verliest men zijn geloof in de therapie. Veel belangrijker is het gevoel dat men in een volgende sessie de ruimte zal krijgen het probleem opnieuw aan de orde te brengen. "Er kunnen over praten op een manier die thuis niet mogelijk is" deëscaleert de spanning tussen het koppel. Wat ik hier in vogelvlucht geschetst heb is eigenlijk wat in elke therapie-sessie in notedop gebeurt. Bij elke sessie

begin ik opnieuw met het uitgangspunt: het belevingsaspect van wat hier hic et nunc gaande is. Wanneer ik mij nu afvraag om welke therapie-vorm het nu eigenlijk gaat, dan herken ik mij het best in wat G.Lietaer eens heeft genoemd : de belevingsgerichte kommunikatietherapie. (3). Het is een soort evenwicht tussen de interne kommunikatie van de individuele partners afzonderlijk en hun externe kommunikatie.
Bij het begin hebben we gesteld dat de partnertherapie kan gezien worden als een film die afrolt voor de ogen van de beide partners. Inderdaad zo leren mensen zien wat er gebeurt 'in' hen en 'tussen' hen.

Misschien is dit alles vrij herkenbaar en weinig specifiek voor mensen met alcoholproblemen. U hebt gelijk. Bestaat er dan geen specifieke vorm van echtpaartherapie voor koppels met alcoholproblmen? Ik denk van niet. Als er een specificiteit bestaat dan heeft dit méér te maken met de valkuilen van de therapie en met het vertrouwd zijn met de alcoholproblematiek op zich.
- Eén van de grote valkuilen hebben we reeds zijdelings aangestipt. De therapeut is niet bekend met de symptomatologie van het alcoholisme en ziet niet dat één van de partners alcoholist is. Een aantal duidelijke signalen (één van de partners komt onder invloed naar de zitting/de vrouw zegt dat haar man teveel drinkt enz...) worden door de therapeut onderschat en de therapie mislukt.
- een tweede mogelijke valkuil bestaat in de wat naïève opvatting dat een verbetering van de communicatie of de oplossing van de onderliggende problemen het alcoholprobleem wel vanzelf zal doen verdwijnen. Is dat niet een logische gevolgtrekking uit het 'alcohol-maintenance-model'? Als alcohol enkel een adaptieve funktie heeft binnen het systeem, is het wel redelijk te denken dat de oplossing van de onderliggende problemen het alcoholprobleem als vanzelf zal doen verdwijnen. Als alcoholisme een 'relatief autonoom syndroom is geworden is een voorafgaandelijke en expliciete aanpak van dit probleem een noodzaak.
-Een andere véél voorkomende valkuil bestaat hierin dat de partner de alcoholist meeneemt naar de therapie om steun te vinden bij de therapeut. De therapeut moet de man dan 'overtuigen' dat hij niet meer kan drinken, dat één pintje er ééntje teveel is. De man daarentegen twijfelt aan zichzelf, voelt dat hij zijn drinken niet méér onder kontrole heeft, maar wil toch nog sociaal kunnen drinken. Waar de vrouw in haar overtuigingskracht faalt hoopt ze nu dat de therapeut - met zijn kunde en zijn gezag - haar taak zal overnemen. Vaak is hier niets veranderd, vrouw en therapeut doen méér van het zelfde.
- Het wordt moeilijker wanneer de vrouw haar 'emoties' doorschuift naar de therapeut. Wat moet je doen als de vrouw met haar angsten komt dat haar man - die dagelijks met zijn vrachtwagen op de baan is en reeds een paar accidenten heeft

veroorzaakt - opnieuw gaat drinken? Ze rekent erop dat jij hem zult kunnen overtuigen onmiddellijk te stoppen met drinken.
Op al deze ogenblikken is het zeer moeilijk om als therapeut enkel verantwoordelijk te zijn voor de structuur van de therapie en aan hen duidelijk te maken dat het hun probleem is dat ze nu samen voor U -en met uw hulp- zullen moeten leren oplossen.

L.Taccoen
Tienen

(1) Peter Steinglass Family therapy with alcoholics: A review. in Family Therapy of Drug and Alcohol ed. Kaufman en Kaufmann . Gardner Press NY 1979. p. 167.

(2) Family Interaction and Psychopathology Ed .TH. Jacob p.570.

(3) Experiëntiele partnertherapie . G.Lietaer en A.Vansteenwegen in Tijdschrift voor Klinische Psychologie Maart 87.